

UROLOGÍA

ESCROTO AGUDO
Y SU MANEJO

Ronald Blum Peña*
Francisco José Cordero Ocampo**

SUMMARY

The acute scrotum is an urgent clinical situation characterized by sudden onset of severe pain and, occasionally, signs of inflammation in the scrotum or its contents. Its etiology is variable and the treatment is specific and therefore should make a valuable diagnostic and early treatment, the viability of the testis.

INTRODUCCIÓN

El escroto agudo es un cuadro sindrómico reconocido como una urgencia urológica en la que el paciente presenta dolor intenso de aparición brusca a nivel escrotal y en su contenido, y en la mayoría

de las ocasiones con edema (1). En la evaluación clínica de este síndrome es fundamental alcanzar un diagnóstico correcto, ya que del mismo dependerá la viabilidad posterior del órgano, con la consiguiente repercusión para el paciente desde el punto de vista de la fertilidad así como de las posibles implicaciones médico-legales (2). Las causas fundamentales del síndrome del escroto agudo son la torsión del testículo, la orquiepididimitis aguda y la torsión de los apéndices testiculares, que constituyen el 95% de los casos (5). Otras causas menos comunes son tumores testiculares, hidrocele a tensión, vasculitis, etc.

TORSIÓN
TESTICULAR

La torsión testicular se considera una urgencia quirúrgica, ya que si no se establece el tratamiento en un plazo de aproximadamente seis horas puede evolucionar hasta el infarto de testículo, con la consiguiente pérdida del órgano (7). La incidencia estimada es de 1 por cada 4.000 hombres menores de 25 años. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente durante la adolescencia. Un segundo pico de incidencia se presenta durante el periodo neonatal, siendo durante el mismo predominante la torsión de tipo extravaginal. Suele afectar a

* Médico Especialista en Urología, Hospital Monseñor Sanabria.

** Médico Asistente General. Hospital Monseñor Sanabria.

ambos testículos con igual frecuencia (4). Existen factores anatómicos predisponentes como un gubernaculum testis demasiado largo o inexistente, mesorquio redundante o ausente, anomalías de la unión testículo-epididimaria o un cordón espermático demasiado largo. Tras un estímulo físico intenso, por ejemplo un traumatismo, un coito, o incluso durante el sueño puede producirse la rotación del cordón espermático. Existen dos tipos de torsiones, como son la torsión extravaginal cuya presentación es infrecuente y se produce casi exclusivamente en el recién nacido. Representa el 5 % de las torsiones. La torsión se produce en el anillo inguinal externo. Se debe realizar diagnóstico diferencial con la hernia inguinal estrangulada, la vaginitis mecónica y el hidrocele a tensión (1). El otro tipo es la torsión intravaginal que es la forma común de presentación en la adolescencia. En algunas ocasiones la torsión se resuelve de forma espontánea, lo que explica que los pacientes refieren episodios previos de clínica similar (7,12).

CLÍNICA

El testículo se presenta a la inspección ascendido y horizontalizado (signo de Gouverneur) (4,5). La elevación del testículo hacia el canal inguinal aumenta

el dolor (signo de Prehn). En ocasiones puede palpase el epidídimo en posición anterior y, en casos poco evolucionados pueden palpase las vueltas del cordón (2). En casos evolucionados puede aparecer fiebre secundaria a necrosis testicular. Se puede apoyar un diagnóstico con la ecografía doppler testicular y gammagrafía isotópica testicular.

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico y una vez exteriorizado el testículo y reducida la torsión, debe valorarse el cambio de coloración del mismo tras su calentamiento con suero fisiológico, desde el tinte cianótico del testículo isquémico, hasta el color nacarado habitual de la albugínea testicular. En el mismo acto operatorio debe realizarse la orquidopexia con el objetivo de impedir la recidiva del cuadro. Debe realizarse también la fijación del testículo contralateral ya que la causa anatómica que predispone a la torsión del cordón espermático es bilateral en más del 50% de los casos (2,3). Cuando el testículo está necrótico se debe realizar una orquiectomía (2).

TORSIÓN DE LOS ANEXOS TESTICULARES

Constituye la segunda causa por

orden de frecuencia del escroto agudo en la edad pediátrica (5). Los apéndices testiculares rudimentarios que pueden sufrir torsión son la hidátide de Morgagni (resto del conducto mulleriano), está presente en el 90% de los testículos y su torsión es responsable del 90% de las torsiones de los apéndices. La hidátide pediculada de Morgagni o apéndice epididimaria es un resto del conducto de Wolf y representa solamente el 7% de los apéndices torsionados. El órgano de Giraldez o paradídimo y el conducto aberrante del epidídimo son también restos del conducto de Wolf pero rara vez están presentes y muy pocas veces se torsionan (7).

CLÍNICA

Consiste en dolor escrotal de inicio brusco y generalmente de menor intensidad que en el caso de la torsión testicular. A la exploración física se palpa una masa localizada entre el testículo y la cabeza del epidídimo. En ocasiones puede apreciarse el signo del punto azul que es patognomónico de esta afectación (1,2). En casos evolucionados el importante edema escrotal que provoca puede impedir su palpación, por lo que el diagnóstico diferencial con la torsión testicular se hace más difícil (5,11).

TRATAMIENTO

Si el diagnóstico clínico de la torsión del anexo está claro no es necesaria la exploración quirúrgica, por lo que el tratamiento es sintomático, a base de analgésicos y antiinflamatorios. Habitualmente el cuadro álgico e inflamatorio remitirá en unos 5-7 días. Si tras la valoración clínica existen dudas diagnósticas, está indicada la exploración quirúrgica (5).

EPIDIDIMITIS AGUDA

Constituye la causa más frecuente de escroto agudo a partir de los 18 años de edad. Su patogenia se relaciona con la infección ascendente tras la colonización bacteriana o la infección de vejiga, próstata y uretra. Las vías de infección hematógena y linfática son menos frecuentes (9).

ETIOLOGÍA

Los organismos más prevalentes dependen de los grupos de edad. En varones menores de 40 años predominan las enfermedades de transmisión sexual (ETS), fundamentalmente las causadas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. En varones mayores de 40 años, en niños, y en pacientes portadores de catéter uretral el organismo hallado

con mayor frecuencia es *Escherichia coli*. En estos casos hay que investigar antecedentes de infecciones urinarias, manipulación uretral o trastornos de la fase de evacuación vesical (9). En un pequeño grupo de pacientes puede deberse a enfermedades sistémicas como la tuberculosis, brucelosis o criptococosis (9).

CLÍNICA

Se caracteriza por dolor y tumefacción en el hemiescroto afectado de intensidad progresivamente creciente e irradiación al trayecto del cordón espermático. Además aparece un aumento del tamaño del hemiescroto afectado, que puede llegar a duplicar su volumen. La afectación del epidídimo se inicia en la cola, para progresar en su evolución hacia la cabeza. En ocasiones se desarrolla un hidrocele reactivo. En casi la mitad de los casos se acompaña de fiebre y síntomas irritativos de vías urinarias bajas (8). El periodo de incubación depende del organismo responsable del cuadro, siendo de 2 a 7 días para el gonococo y de 14 a 21 días para la *chlamydia*. Aunque los síntomas iniciales pueden ceder en varios días con el tratamiento, el edema escrotal puede persistir de 4 a 6 semanas y la induración epididimaria de forma indefinida (2). La elevación del escroto disminuye el cuadro álgico

(signo de Prehn positivo). En el leucograma se puede apreciar leucocitosis con desviación izquierda. En el sedimento urinario se detectará piuria en la mayor parte de los casos y el urocultivo constituye la prueba diagnóstica definitiva. En los casos provocados por ETS suele aparecer discreta piuria sin bacteriuria. Sin embargo, existe un importante grupo de pacientes en los que el examen del sedimento urinario no muestra ninguna alteración. En la ecografía se observa un aumento del volumen epidídimo y un patrón ecogénico heterogéneo. Es importante en los casos de epididimitis evolucionadas la realización de una ecografía escrotal para descartar absceso o neoplasia testicular (1).

TRATAMIENTO

La base del tratamiento consiste en los antibióticos, los cuales debe instaurarse de forma empírica, de acuerdo con la edad del paciente y el agente infeccioso sospechado, antiinflamatorios y el reposo (8). Los enfermos que presentan síntomas de sepsis o un riesgo elevado como pacientes diabéticos e inmunodeprimidos precisan hospitalización, para antibioterapia parenteral hasta la desaparición de la fiebre (1,2). En casos de dolor resistente o recidivante la infiltración del cordón espermático con anestésicos locales propor-

ciona una importante mejoría sintomática. Las complicaciones son raras, pero la más frecuente es la aparición de un absceso, cuyo tratamiento requiere drenaje quirúrgico. Menos frecuente es la epididimitis crónica o la orquialgia crónica, que en ocasiones obligan a la realización de una epididimectomía (1,2).

CONCLUSIONES

Los paciente que sufra dolor testicular de aparición súbita, que tenga ausente el reflejo cremasteriano, el epidídimo se encuentre en plano anterior y la gónada transversalmente ubicada, debe ser sometido a la exploración a través del canal inguinal para corregir la anomalía o en su defecto, hacer la orquiectomía. Todo paciente con datos de epididimitis y con factores de riesgo como diabetes mellitus, HIV u otra enfermedad que pueda producir inmunodeficiencia, debe ser

internado y recibir tratamiento antibiótico intravenoso, además siempre debemos valorar la evolución del paciente en caso de que sea necesario cambiar el esquema antibiótico.

RESUMEN

El escroto agudo constituye una situación clínica de urgencia caracterizada por la aparición súbita de dolor intenso y, en ocasiones, signos inflamatorios en el escroto o en su contenido. Su etiología variable y el tratamiento es específico, por lo que se debe realizar un diagnóstico preciso y un tratamiento precoz, para la viabilidad del testículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baeza C, González T, Velasco L; Torsión testicular aguda y orquiectomía; *Acta Pediatr Mex* 2009; 30(5): 242-246.
2. Burgher SW; Acute scrotal pain; *Emerg Med Clin North Am*, 1998; 16(4): 781-809.
3. Clemente MJ, González JM, j. burgos JD; Escroto Agudo. Manejo de Urgencias; *Semergen* 25 (11): 977-980.
4. Ciftci AO, Senocak ME, Tanyel CA, Buyukpamukcu N; Clinical predictors for differential diagnosis of acute scrotum; *Eur J Pediatr Surg*. 2004;14: 333-338.
5. David JE, Yale SH, Goldman IL; Urology: scrotal pain; *Clin Med Res*. 2003 Apr; 1(2): 159-160.
6. Galens LE, Kas EJ; Diagnosis and treatment of the acute scrotum; *American Academy of Family Physician* 1999; 59(4); pp: 817-824.
7. Heinen F; Escroto agudo; *Arch. Argent. Pediatr* 2001; 99(6); pp: 554-561.
8. Jefferson RH, Perez LM, Perez LM, Joseph DB; Critical analysis of the clinical presentation of acute scrotum: a 9 year experience at a single institution; *J Urol*, 1997; 158: 1198-1200.
9. Kass EJ, Ludsak B; The acute scrotum; *Pediatr Clin North Am* 1997; 44(5): 1251-1266.
10. Tanagho EA, McAninch JW; *Urologia General de Smith*; 14° edición, Manual Moderno, México, 2009; pp: 215-216.
11. Walsh, Retik, Vaughan, Wein; *Campbell Urología*; 8° edición, Editorial Médica Paramericana, Uruguay, 2002; pp: 2590-2596.
12. Walsh, Retik, Vaughan, Wein; *Campbell Urología*; 8° edición, Editorial Médica Paramericana, Uruguay, 2002; pp: 736-739.