

CASO CLÍNICO

Escroto agudo como presentación de apendicitis aguda. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Aguilar Davidov B,¹ Sánchez Montiel J¹

RESUMEN

La orquitis, epididimitis, torsión testicular y hernia inguinal encarcelada, son de las principales causas del escroto agudo. La apendicitis aguda es de las etiologías más raras que existen para que un paciente se presente con este cuadro, y los pocos casos reportados corresponden a un grupo de edad pediátrico. En este manuscrito presentamos un caso excepcional donde un absceso apendicular fue la causa de escroto agudo en un paciente de la cuarta década de la vida.

Palabras clave: escroto agudo, apendicitis aguda.

SUMMARY

Orchitis, epididymitis, testicular torsion, and incarcerated hernia are among the main causes of acute scrotum. Acute appendicitis is a very rare etiology for a patient to present with this clinical picture, and the few reported cases correspond to the pediatric age group. In this manuscript we present an exceptional case where a fourth decade patient presented with an acute scrotum due to an appendicular abscess.

Key words: *acute scrotum, acute appendicitis.*

INTRODUCCIÓN

Dentro de las causas más comunes de un cuadro de escroto agudo en pacientes pediátricos y adultos son la orquitis, epididimitis, torsión testicular y hernia inguinal encarcelada.¹ La presentación de escroto agudo secundario a apendicitis se reportó por primera vez en 1919,² y desde entonces se han

vertido en la literatura varios casos más, sin embargo, en todos estos artículos los pacientes son de edad pediátrica o adolescente.³ A continuación presentamos un caso excepcional de escroto agudo secundario a apendicitis en un paciente de la cuarta década de la vida.

¹ Departamento de Urología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.

Correspondencia: Dr. Bernardo Aguilar Davidov. Dirección: Pedro Henríquez Ureña Núm. 444 B1-503. Pedregal de Coyoacán. México, D.F. Tels.: casa: 5544-7733; cel.: 044(55) 1484-3456; oficina: 5487-0900 ext. 2145.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 33 años de edad, sin antecedentes de importancia, que inició su padecimiento 36 horas previas a su ingreso con dolor moderado en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, tipo cólico que aumentaba con maniobras de Valsalva. Doce horas previas a su internamiento el dolor fue aumentando de intensidad, ubicándose principalmente en el hemiescroto derecho con importante aumento de volumen. Debido a esto acudió al servicio de urgencias donde se encontró con frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto, presión arterial 120/80 mmhg, 36.3 grados centígrados, y frecuencia respiratoria de 20 por minuto. El abdomen con datos de irritación peritoneal en hipogastrio y ambas fosas ilíacas. El hemiescroto derecho aumentado de volumen, eritematoso y muy doloroso a la palpación superficial.

No se observó transiluminación, el signo de Prehn fue negativo y no se obtuvo reflejo cremastérico. Sus exámenes de laboratorio mostraron 16,900 leucocitos con neutrofilia. Ultrasonido Doppler mostró adecuada circulación en el testículo involucrado. La tomografía axial computada demostró el apéndice cecal engrosado con una colección pericecal y líquido peritesticular derecho (figuras 1 y 2). Se llevó a cirugía en la que el hallazgo fue el apéndice perforado con un absceso asociado. Se realizó apendicectomía y lavado de cavidad. Posteriormente, se puncionó el hemiescroto derecho obteniendo líquido purulento de las mismas características a las halladas en el abdomen, sin hernia indirecta asociada. Se realizó una incisión de 0.5 cm por donde se lavó la cavidad escrotal y se dejó un drenaje Penn-Rose en el escroto y un Jackson-Pratt en hueco pélvico. Se administraron ceftriaxona y metronidazol intravenosos. El paciente evolucionó sin complicaciones, retirándose los drenajes al quinto día postoperatorio y se dio de alta al décimo al completar el esquema antibiótico.

DISCUSIÓN

La inflamación aguda dolorosa escrotal tiene un diagnóstico diferencial amplio, incluyendo torsión testicular, torsión del apéndice testicular, epididimitis, orquitis, hernia encarcelada, necrosis grasa escrotal y trombosis de las venas escrotales.¹ Que se

presente un escroto agudo como de las manifestaciones iniciales de una apendicitis aguda es extraordinariamente raro y los casos reportados son en población pediátrica.³ Los hallazgos clásicos urológicos de la apendicitis aguda como obstrucción ureteral, retención urinaria, hematuria o piuria, rara vez impiden sospechar del diagnóstico principal de apendicitis,⁴ sin embargo, en ocasiones los datos del escroto agudo sobreponen a los del abdomen agudo, llevando a los pacientes primero a exploración testicular, encontrando en la cavidad escrotal líquido purulento, por lo que se llevan subsecuentemente a laparotomía.⁵ Tanto puede enmascarar el escroto agudo el cuadro inicial de apendicitis que se reportó un caso donde se realizó la apendicetomía hasta 10 días posteriores al drenaje del absceso escrotal.⁶

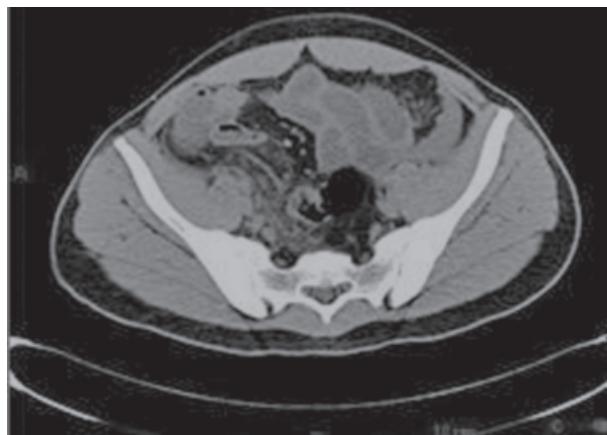


Figura 1. Tomografía axial computada que muestra el apéndice cecal engrosado con una colección asociada.

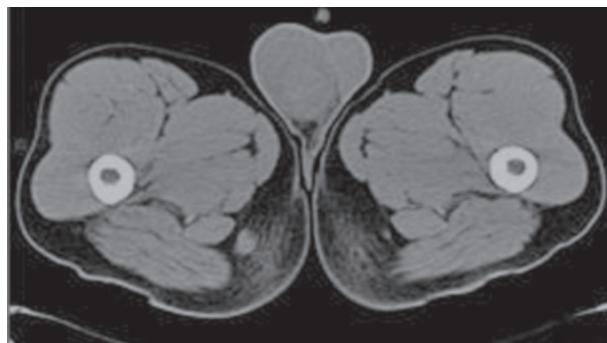


Figura 2. Tomografía axial computada que muestra líquido en hemiescroto derecho.

Se han reportado otras causas intraabdominales que han llevado a inflamación y dolor escrotal, como hemorragia intraabdominal por warfarina⁷ o trauma esplénico,⁸ por diálisis peritoneal,⁹ o derivaciones ventriculoperitoneales.¹⁰ Para que un evento intraabdominal cause un escroto agudo por desplazamiento de líquido, debe existir ya sea un *processus vaginalis* permeable¹¹ o una hernia inguinal.¹² En el caso de nuestro paciente, no tenía hernia por lo que se trataba de un *processus vaginalis* permeable. La obliteración de esta estructura usualmente ocurre espontáneamente hacia el segundo año de vida,¹³ aunque se ha visto en resultados de autopsias que se mantiene patente del 15 al 37% de los hombres.¹⁴

En resumen, presentamos un caso extraordinario de escroto agudo en un paciente adulto que se resolvió mediante apendicetomía y drenando el absceso escrotal junto con terapia antibiótica. La apendicitis aguda abscesada con involucro escrotal, debe tenerse en mente en el diagnóstico diferencial en los pacientes que se presentan a la sala de urgencias con el cuadro clínico conjunto de escroto y abdomen agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharer WC. Acute scrotal pathology. *Surg Clin North Am.* 1982;62:955-70.
2. Bennett C. Appendiceal in a hernia sac simulating strangulated hernia. *Br Med J.* 1919;2:75.
3. Nagel P. Scrotal swelling as the presenting symptom of acute perforated appendicitis in an infant. *J Pediatr Surg.* 1984;19(2):177-8.
4. Mendez R, Tellado M, Montero M, Ríos J, Vela D, Pais E, Lafuente G, Candal J. Acute Scrotum: an exceptional presentation of acute nonperforated appendicitis in childhood. *J Pediatr Surg.* 1998;33:1435-6.
5. Ahmann TM. Appendicitis simulating torsion of the spermatic cord: a case report. *J Urol.* 1976;116:827.
6. Wilkins SA, Holder LE, Raiker RV, Wilson TH. Acute Appendicitis presenting as acute left scrotal pain: Diagnostic Considerations. *Urology.* 1985;6:634-6.
7. Andersen U, Eickoff JH. Intraperitoneal haemorrhage into an undiagnosed patent processus vaginalis simulating an incarcerated hernia. *Br J Surg.* 1987; 74:349.
8. Skoog SF, Belman AB. The communicating hernia: an unusual presentation for blunt splenic trauma. *J Urol.* 1986;136:1092-1093.
9. Abraham G, Blake PG, Mathews RE, Bargman JM, Izatt S, Oreopoulos DG. Genital swelling as a surgical complication of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Surg Gynecol Obstet.* 1990;170:306-8.
10. Kaufman HH, Carmel PW. Hydrocele after ventriculoperitoneal shunting. *Am J Dis Child.* 1981;135: 359-61.
11. Gan BS, Sweeney JP. An unusual complication of appendectomy. *J Pediatr Surg.* 1994;29(12):1622.
12. Friedman SC, Sheynkin YR. Acute scrotal symptoms due to perforated appendix in children: case report and review of literature. *Pediatr Emerg Care.* 1995; 11:181-12.
13. Rowe MI, Copelson LW, Clatworthy HW. The patent processus vaginalis and the inguinal hernia. *J Pediatr Surg.* 1969;4:102.
14. Charron M, Mandell JB, Kolodny GM. Detection of rare complication of appendicitis by scrotal imaging. *Clin Nucl Med.* 1988;13:761-2.