



# Capítulo 74

## ESCROTO AGUDO

E. Buendía González - A. Gómez Rodríguez

### INTRODUCCIÓN

- ▲ El *escroto agudo* o *síndrome escrotal agudo* (SEA) es una urgencia urológica, que se caracteriza por la aparición brusca de dolor escrotal que puede acompañarse de otros síntomas y signos según la etiología del proceso, y que generalmente conducirán al diagnóstico y tratamiento adecuado.
- ▲ La *torsión testicular* (TT) es dentro de las causas de SEA, la que requiere una atención inmediata ya que un error o retraso en el diagnóstico puede llevar a la pérdida del testículo con la consiguiente repercusión para el paciente desde el punto de vista psicológico, de la fertilidad así como las posibles implicaciones médico-legales.

### ETIOLOGÍA

- ▲ Existen tres causas fundamentales de SEA (cuadro 74.1), pero en todos los pacientes que llegan al Servicio de Urgencias con un cuadro de dolor escrotal agudo hay que hacer diagnóstico diferencial con otros procesos testiculares o extra-testiculares que lo pueden causar y que tendrán un tratamiento específico (Cuadro 74.2).

#### Cuadro 74.1: Causas fundamentales de SEA

- Torsión testicular (más correcto torsión de cordón espermático).
- Torsión de apéndices testiculares (más frecuente T. de Hidátide de Morgagni).
- Orquiepididimitis.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES

- ▲ El SEA es un cuadro frecuente en menores de 25 años.
- ▲ La TT tiene una incidencia de 1 de cada 4.000 varones menores de 25 años, tiene dos picos de mayor frecuencia: periodo neonatal y la pubertad (8-15 años). En el **neonato** la forma de presentación es torsión extravaginal, es decir se torsiona todo el contenido escrotal (a nivel del anillo inguinal externo), se presenta como una **masa intraescrotal con transiluminación negativa** y tumefacción escrotal. En el niño y adolescente es más frecuente la torsión intravaginal, el cordón se torsiona sobre su eje vertical pudiendo girar uno o más veces, para que el compromiso de los vasos nutricios sea significativo y produzca efectos isquémicos debe girar 360° o más.
- ▲ La torsión de los apéndices testiculares (TA) puede producirse a cualquier edad, más frecuentemente entre 3-13 años.
- ▲ Las orquiepididimitis son más frecuentes en pacientes postpuberales (> 18 años) y en pacientes adultos (> 50 años) con problemas miccionales u obstructivos.
- ▲ En los casos de TT se han descrito factores desencadenantes (cuadro 74.3). Las orquiepididimitis generalmente están en relación con infecciones genitourinarias previas, en menores de 35 años con enfermedades de transmisión sexual (ETS) y en niños y mayores de 35 años se asocian a gérmenes característicos de las in-

fecciones urinarias. En los niños suele haber un factor predisponente: hipospadias, válvulas uretrales, estenosis congénitas.

#### Cuadro 74.2: Diagnóstico Diferencial

##### PROCESOS LOCALES:

- Hidrocele.
- Varicocele.
- Quiste de epidídimo/cordón espermático.
- Traumatismos escrotales.
- Hematocele.
- Neoplasia de evolución aguda.
- Infarto testicular idiopático.
- Trombosis de vena espermática.
- Edema escrotal idiopático.
- Picadura de insecto.
- Persistencia del conducto peritoneo-vaginal (hidrocele a tensión).
- Hernia incarcerada.

- Vaginitis meconial.

##### PROCESOS GENERALES (raro):

- Púrpura de Schonlein-Henoch.
- Fiebre Mediterránea Familiar.
- Apendicitis.
- Paniculitis.

neonato

#### Cuadro 74.3: Factores desencadenantes de torsión testicular

- Ejercicio físico intenso.
- Sedestación.
- Tos.
- Sueño (50% ocurren por la noche).
- Coito.
- Traumatismo.
- **Antecedentes de episodios de dolor testicular transitorio.**
- **Testes en ascensor / criptorquidea** (cursan con dolor abdominal).

La forma de presentación clínica en los tres procesos es similar siendo el síntoma principal el **dolor escrotal** con diferentes matices según la causa que lo origine. Se puede acompañar de síntomas miccionales, cuadro vegetativo (náuseas, vómitos, sudoración) o fiebre (cuadro 74.4).

#### EVALUACIÓN DEL SEA EN URGENCIAS

- ▲ Ante un paciente con dolor escrotal agudo lo primordial es descartar una TT, auténtica urgencia quirúrgica ya que el pronóstico (viabilidad y alteraciones en la fertilidad) del testículo torsionado depende del tiempo transcurrido antes de la cirugía. En general se afirma que si se opera antes de las 6 horas de comenzado el cuadro, se pueden recuperar casi la totalidad de los testículos afectados. Este porcentaje disminuye al 70% entre 6-12 horas, al 20% si se opera después de las 12 horas y, si se realiza la exploración 24 horas después de comenzado el cuadro, el porcentaje de recuperación disminuye al 0%.

El **diagnóstico de SEA es fundamentalmente clínico** mediante una adecuada *anamnesis y exploración física*, y en caso de duda quirúrgico.



Cuadro 74.4: Características clínicas diferenciales

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APÉNDICES TESTICULARES	ORQUIEPIDIDIMITIS
<b>Edad de presentación</b>	2 picos: - P. neonatal - Pubertad (8-15 a)	3 -13 a	>18 a adultos
<b>DOLOR</b>	- Aparición brusca - Intenso - Referido a región inguinal o abdomen	- Inicio brusco - < Intensidad - Localizado en polo superior testículo	- Comienzo insidioso - Referido a región inguinal / flanco
<b>Síntomas miccionales</b>	NO	NO	SI (uretritis aguda)
<b>Náuseas Vómitos</b>	SI	NO	NO
<b>Fiebre</b>	NO (salvo torsión evolucionada)	NO	SI Afectación general
<b>Eritema edema de Escroto</b>	SI (> tiempo evolución)	SI (> tiempo evolución)	- Muy importante - Síntomas locales de inflamación, hidrocele
<b>Posición Testicular</b>	- Teste ascendido, horizontalizado (signo Gouverneur), - Cordón acortado	Normal	Normal Aumento consistencia que persiste tiempo
<b>Relación Epididimo-testicular</b>	- Se pierde, epididimo en anterior.	Normal	- Se borra el límite normal entre epididimo y testículo
<b>Signo Prehn (elevación del teste hacia el canal inguinal)</b>	Dolor (positivo)	—	Dolor (negativo)
<b>Reflejo cremastérico</b>	Abolido	Conservado	Conservado
<b>Mancha azulada</b>	—	Signo del Punto Azul (patognomónico)	—

- ▲ En algunos casos evolucionados, en los que el edema de cubiertas y el hidrocele reaccional impiden identificar las estructuras intraescrotales, será necesario realizar algunas exploraciones complementarias:
1. **Sedimento urinario:** generalmente es normal en TT y TA, y puede existir leucocituria en casos de orquiepididimitis.
  2. **Ecografía:** es uno de los pilares para el diagnóstico de patología escrotal, sirve sobre todo de ayuda ante la sospecha de un cuadro inflamatorio infeccioso.
  3. **ECO-Doppler color:** es la prueba de mayor rendimiento diagnóstico, tiene una especificidad de 100% y una sensibilidad próxima al 90% según algunos autores, en los casos de TT, aunque puede dar falsos negativos en caso de torsión incompleta o en el inicio del cuadro cuando existe perfusión residual.

4. *Gammagrafía testicular*: muy sensible y específica, realizada precozmente.
- ▲ El uso rutinario de éstas dos últimas exploraciones tiene sus limitaciones técnicas, ya que precisan un equipo de alta calidad y personas entrenadas y con experiencia en el diagnóstico de esta patología durante las 24 horas del día.

#### TRATAMIENTO

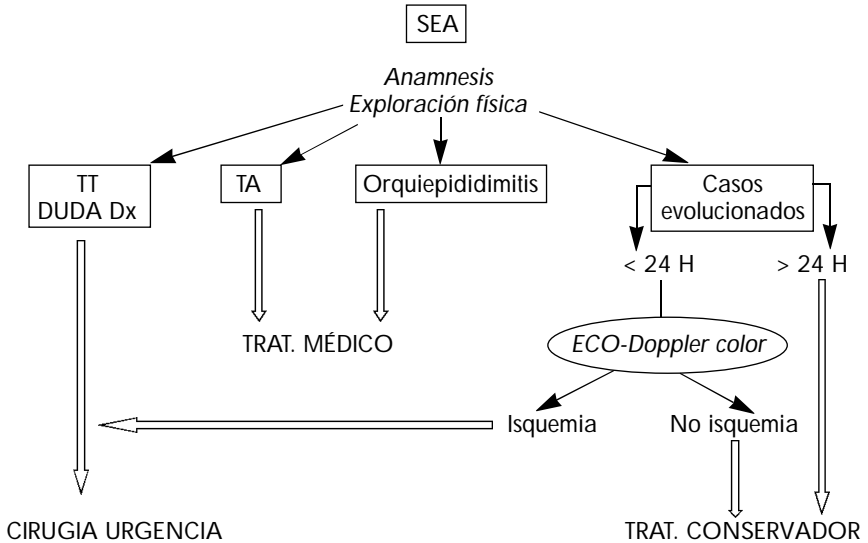
- ▲ En los casos de certeza diagnóstica o de duda razonable (por edad, clínica y exploración física) de TT el tratamiento es el **abordaje quirúrgico de urgencia**.
- ▲ En ocasiones puede intentarse la *detorsión manual*, rotando el testículo hacia fuera en un eje vertical, si esta maniobra aumenta el dolor se intentará en dirección opuesta. En caso de éxito, puede convertirse una urgencia en una cirugía electiva.
- ▲ En la TA, si el diagnóstico es correcto el tratamiento es antiinflamatorios y analgésicos, la inflamación desaparece en 4-5 días.
- ▲ En los casos evolucionados (más de 24 horas) existe controversia en cuanto al manejo, algunos autores proponen la orquiectomía y fijación contralateral, en nuestro grupo preferimos la conservación del testículo.
- ▲ Tratamiento de orquiepididimitis aguda (cuadro 74.5).

#### Cuadro 74.5: Tratamiento orquiepididimitis aguda

- MEDIDAS GENERALES: reposo, suspensorio, analgésicos y antiinflamatorios.
- EN NIÑOS: se tratará como una infección urinaria, durante 7-10 días  
Trimetoprin/Sulfametoxazol v.o. a dosis de 160/800 mg cada 12 horas.
- EN ADOLESCENTES (posible enfermedad de transmisión sexual):
  - Ceftriaxona i.m., a dosis única de 250 mg y Doxiciclina v.o. a dosis de 100 mg cada 12 horas, 10 días.
  - Ciprofloxacino v.o. a dosis de 500 mg cada 12 horas, 10-14 días.
  - Ofloxacino v.o. a dosis de 400 mg cada 12 horas, 10-14 días.
- EN ADULTOS:
  - Ciprofloxacino u Ofloxacino v.o. a las mismas dosis que en adolescentes, 2-4 semanas.
  - Trimetoprin/Sulfametoxazol v.o. a dosis de 160/800 mg cada 12 horas, 2-4 semanas.



**Pauta de actuación ante el escroto agudo**



**BIBLIOGRAFÍA:**

- ▲ Peinado Ibarra F, Gómez Sánchez F, Fernández Arjona M. Síndrome Escrotal Agudo. En: Resel Estévez L, editor. Libro del Residente, 1ª ed. Madrid:Smithkline Beecham; 1998. p. 81-87.
- ▲ Granados EA, Caicedo P, Garat JM. Torsión testicular antes de 6 horas. Arch Esp Urol. 1998; 51: 971-974.
- ▲ Rodríguez Fernández E, Díez Cordero JM, Moncada Iribarren I, Sánchez Carreras F, Leal Hernández F. Escroto Agudo. En: Urgencias Urológicas. Tema Monográfico LXI Congreso Nacional de Urología. Madrid: Ene; 1996. p. 43-51.
- ▲ Vicente J. Pauta de Actuación. Síndrome Escrotal Agudo. En: Vicente J. Pautas de Actuación y protocolos asistenciales. 1ª ed. Barcelona: Pulso; 1995. p. 35-39.