

Escroto Agudo

Napal Lecumberri Saturnino, Grasa Lanau Vicente y Cuesta Alcalá José Angel.
Servicio de Urología del Hospital de Navarra.

Síndrome caracterizado por dolor escrotal agudo e intenso que, en función de su etiología, puede acompañarse de otros síntomas, como signos inflamatorios, síntomas vegetativos, dolor abdominal y fiebre.

Etiología

. **Causas testiculares:** torsión del cordón espermático, torsión de los apéndices testiculares, orquiepididimitis, traumatismos testiculares, complicaciones de hidroceles, neoplasias del testículo, infarto testicular idiopático, trombosis de la vena espermática, vaginitis de la fiebre Mediterránea.

. **Causas Extratesticulares:** Hernia inguinoescrotal, foniculitis, edema escrotal idiopático, púrpura de Schönlein-Henoch, gangrena de Fournier, obstrucción ureteral aguda por cálculos ureterales pelvianos.

En la siguiente exposición nos limitaremos a las causas testiculares.

Torsión del cordón espermático:

La incidencia estimada es de 1/4000 varones menores de 25 años y constituye la causa más frecuente de pérdida testicular en este grupo de edad. En adultos es anecdótica y suelen ser torsiones más severas y con mayor tasa de pérdida testicular.

Tipos:

- **Intravaginal** (94%): El testículo se torsiona en el interior de la túnica vaginal.
- **Extravaginal** (6%): Afecta a la totalidad del cordón por fijación incompleta del *gubernaculum* y cubiertas testiculares. Más frecuente en recién nacidos e incluso intraútero.

Fisiopatología:

La rotación más frecuente es de afuera a dentro y en sentido cráneo-caudal. La evolución es gradual, primero con oclusión venosa parcial, luego completa y finalmente arterial con infarto isquémico testicular.

Clínica:

Dolor testicular agudo e intenso que puede irradiar hacia la zona inguinal, tumefacción testicular y de forma menos frecuente *nauseas, vómitos o fiebre* (secundaria a necrosis testicular isquémica).

A la exploración se aprecia la elevación del testículo hacia el anillo inguinal superficial, horizontalizado, doloroso al tacto y aumentado de tamaño por la congestión venosa y el edema.

Otros datos sugestivos del cuadro son la palpación del epidídimo que se encuentra en posición anterior o lateral (según el tipo de rotación). El cordón suele tener una consistencia blanda y congestiva.

Existen una serie de signos que sin ser patognomónicos pueden ayudar a la hora del diagnóstico.

- *Signo de Gouverneur*: testículo ascendido y horizontalizado, con el epidídimo en posición anterior.
- *Signo de Angell*: horizontalización del teste contralateral no afectado.
- *Signo de Ger*: depresión u hoyuelo en la piel del hemiescroto afecto. Su valor diagnóstico se circunscribe a las horas previas a la aparición del edema escrotal.
- Signo de Prehn negativo: la elevación del testículo afectado no disminuye el dolor e incluso lo incrementa, a diferencia de lo que ocurre en la epididimitis.

Exploraciones complementarias:

- **Ecografía doppler:** esta exploración valora el flujo sanguíneo en el testículo así como su restablecimiento tras la resolución de la torsión reduciendo el número de exploraciones quirúrgicas escrotales. Solo es diagnóstica en patología inflamatoria, detectando un aumento de la vascularización respecto al contralateral.
- **Ganmagrafía escrotal (99mTc):** Detecta una zona que no capta el radioisótopo, fría. Tiene una sensibilidad de 80-100 % y especificidad 89-100 %. No aporta información morfológica y da falsos positivos en casos de resolución espontánea o de grandes hidroceles inflamatorios. Carece de fiabilidad en testículos menores de dos centímetros y cuando la evolución es < 24 horas. En la mayoría de los Hospitales esta exploración no se puede utilizar en las urgencias.
- **Resonancia Magnética Nuclear:** Tiene utilidad diagnóstica en patología escrotal donde ni los datos clínicos ni la ecografía aportan datos concluyentes (1,4 %), reduciendo el número de exploraciones quirúrgicas.

Tratamiento:

De primera elección es la *detorsión manual* en sentido dentro-fuera (mirando al paciente desde los pies se detorsiona en sentido horario, cambiando el sentido si aumentara el dolor). La repercusión debe de ser confirmada mediante la realización de un ecodoppler (hasta un 32 % de torsión residual en la exploración quirúrgica tras una detorsión manual exitosa). La *orquidopexia* es el tratamiento quirúrgico de elección, diferible si la torsión manual a sido efectiva y urgente si ha fracasado.

Evolución:

La tasa de viabilidad para testículos tratados en las primeras seis horas es próxima al 100%, del 70% entre seis y 12 horas y del 20% si han pasado más de 12 horas.

La mitad de estos pacientes muestran oligozoospermia en el seguimiento, asociada a la existencia de una displasia congénita del epitelio germinal en aquellos testes con alteraciones anatómicas predisponentes y relacionadas también con los cambios en el teste contralateral en función del tiempo de isquemia transcurrido hasta la resolución del proceso.

Torsión de la Hidátide de Morgagni y otros apéndices testiculares.

Los apéndices testiculares son restos mesonéfricos intraescrotales sin ninguna función. Existen cuatro:

- 1) Apéndice testicular (*appendix testis*) o hidátide sésil de Morgagni, presente en el 90% de los varones. Resto del conducto de Müller. Son el asiento del 95% de las torsiones de los apéndices testiculares.
- 2) Apéndice epididimario (*appendix epidídimos*) o hidátide pediculada de Morgagni.
- 3) Órgano de Giradles o paradísimo.
- 4) Conducto aberrante del epidídimo o *vas avernas de Haller*.

Estos tres últimos son restos del conducto de Wolff.

Definición del cuadro:

Es la torsión de los apéndices testiculares descritos. Presenta un pico de incidencia a los 11-12 años, siendo excepcional en la edad adulta.

Clínica: Dolor testicular súbito, de menor intensidad que en la torsión testicular, sin afectación del estado general. A la exploración: Apéndice torsionado en el polo superior testicular. La transluminación puede mostrar un nódulo azulado característico en dicho polo.

Tratamiento:

Conservador con analgésicos y antiinflamatorios.

Orquiepididimitis Aguda.

Definición:

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.

Etiología:

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*) y en homosexuales por bacterias coniformes (*H. influenzae*). En otras ocasiones puede ser una manifestación de alguna enfermedad sistémica como la Tbc, brucelosis, criptococosis u otras.

Dentro de las epididimitis agudas de origen químico cabe destacar la producida por amiodarona; se trata de un proceso autolimitado que afecta sólo a la cabeza del epidídimo y mejora con la disminución de la dosis.

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*).

Exploraciones complementarias:

Las pruebas de laboratorio suelen mostrar leucocitosis y neutrófilia y el sedimento de orina piuria y bacteriuria aunque no es un hallazgo constante. La ecografía detectará un aumento del tamaño epididimario, 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.

Tratamiento:

Consiste en:

- a) Medidas generales: Reposo, elevación testicular y aplicación de frío en la zona.
- b) Analgésicos y antiinflamatorios.
- c) Suspensorio y reposo relativo.
- d) Si dolor que no cede con analgesia oral o parenteral se puede infiltrar el cordón con algún anestésico local.
- e) Tratamiento antibiótico empírico: en adultos menores de 35-40 años: Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), seguida de Doxiciclina 100 mg VO 1 cp cada 12 horas (al menos 10 días). E varones que hayan mantenido relaciones anales (infección por E. Coli) fluorquinolonas . En niños y adultos mayores de 40 años: fluorquinolonas (contraindicadas en niños menores de 12 años por efectos secundarios a nivel osteoarticular), o trimetropim-sulfometoxazol durante 15 días. En casos de mala respuesta al tratamiento o evoluciones tórpidas aminoglucósidos parenterales durante al menos 7 días.
- f) A veces, en caso de abscesificación es necesario el drenaje de los abscesos y en casos rebeldes o que no responden al tratamiento es incluso necesario llegar a la orquiectomía.

Bibliografía:

- 1) Sesions AE et al: Testicular torsión: direction, degree, duration and desinformation. J. Urol 2003, 169: 663-665.
- 2) Cummings JM et al: Adult testicular torsión. J.Urol. 202, 167: 2109, 167: 2109-2110
- 3) Bedos F et al: Manual de Urología. Ed Masson SA. Barcelona 1996. 297-335.

Páginas web:

- 1) <http://www.dju.com/>
- 2) <http://ichelp.com/>
- 3) <http://www.astp.org/>