

ESCROTO AGUDO

El escroto agudo es un síndrome reconocido como una urgencia urológica. Se caracteriza por la presencia de dolor intenso de aparición brusca en la bolsa escrotal o en su contenido, y en la mayoría de las ocasiones con aumento de su tamaño.

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.

Existe una estrecha relación entre los grupos de edad y las patologías responsables de este síndrome.

Etiología

Las causas principales, que constituyen el 95% de los casos, son la torsión del testículo, o más correctamente denominada torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis aguda y la torsión de los apéndices testiculares,

El resto de las causas son muy variadas y las distintas entidades responsables de su presentación se enumeran en la continuación:

VASCULAR

- Torsión de cordón espermático.**
- Torsión de apéndices testiculares.**
- Infarto testicular.**
- Tromboflebitis vena espermática.**

INFECCIOSA

- Orquitis.**
- Epididimitis.**
- Gangrena de Fournier.**

TRAUMÁTICA

- Traumatismo escrotal.**

SISTÉMICA Y DERMATOLÓGICA

- Púrpura de Schonlein-Henoch.**
- Edema escrotal idiopático.**

- Fiebre mediterránea familiar.**
- Dermatitis medicamentosa.**
- Eritema multiforme.**
- Eccema de contacto.**

PATOLOGÍA DE VECINDAD

- Hernia inguinal.**
- Hidrocele.**
- Vaginalitis meconial.**
- Varicocele.**
- Quiste epididimario y espermatocelo.**

MISCELÁNEA

- Tumores de testículo.**
- Tumores epididimarios y paratesticulares.**
- Necrosis grasa escrotal.**
- Necrosis escrotal idiopática.**

TORSIÓN DE CORDÓN ESPERMÁTICO O TORSIÓN TESTICULAR

La torsión del cordón espermático 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.

La torsión da lugar a una detención del retorno venoso del testículo, lo que ocasiona una congestión y edema intersticial del mismo, ocasionando así la obstrucción de la circulación arterial, lo que determinará la presencia de un infarto hemorrágico con la consecuente pérdida irreversible del órgano.

Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente durante la adolescencia. Se calcula en 1 de cada 4.000 hombres menores de 25 años. A partir de la adolescencia la incidencia disminuye progresivamente. Suele afectar a ambos testículos con igual frecuencia.

Etiología

La causa de la torsión es presentar factores anatómicos predisponentes. No existe ninguna causa desencadenante específica ya que incluso durante el sueño puede producirse la rotación del cordón espermático.

Diagnóstico

El mismo es principalmente clínico. El dolor constituye el principal síntoma de presentación y se caracteriza por ser de aparición brusca, de gran intensidad y localizado en el hemiescrotó afectado. Puede referirse a la región inguinal o hipogastrio, simulando cuadros de apendicitis aguda, crisis renal o ureteral o gastroenteritis y puede acompañarse de náuseas y vómitos. En casos evolucionados puede aparecer fiebre secundaria a necrosis testicular.

En algunas ocasiones la torsión se resuelve de forma espontánea, lo que explica la alta frecuencia con la que los pacientes refieren episodios previos de clínica similar.

El examen físico puede evidenciar el hemiescrotó afectado con signos flogóticos como enrojecimiento y edema dependiendo del tiempo de evolución. El testículo se presenta a la inspección ascendido y horizontalizado.

La elevación del testículo hacia el canal inguinal aumenta el dolor (signo de Prehn) al contrario que en la epididimitis, en la que esta maniobra alivia el dolor. En ocasiones puede palparse el epidídimo en posición anterior y, en casos poco evolucionados pueden palparse las vueltas del cordón.

El análisis de orina suele ser normal, al contrario que en la epididimitis, donde en la mayor parte de los casos se objetiva piuria. La leucocitosis a menudo también está presente.

La ecografía doppler testicular, permite la visualización de la anatomía intraescrotal y su vascularización, y puede distinguir áreas de flujo vascular intratesticular normal, aumentado o ausente.

Alcanza una sensibilidad del 90% y una especificidad del 100%. La ausencia de flujo arterial es típico de la torsión, mientras que la hipervascularización es típica de lesiones inflamatorias.

Si bien es la ecografía doppler es la técnica de elección, en presencia de un cuadro clínico típico, no se debe demorar la exploración quirúrgica en espera de dicho examen.

Tratamiento

La torsión testicular es un cuadro de escroto agudo que requiere tratamiento quirúrgico urgente. La precocidad y la instauración del tratamiento es clave para la preservación del órgano. Únicamente aquellos casos con una evolución superior a las 24 horas permitirán cierta demora terapéutica por la evolución prácticamente segura hacia la necrosis testicular.

Con la sospecha clínica de torsión testicular, la exploración quirúrgica debe ser inmediata. Puede intentarse la reducción manual en la sala de urgencias para mitigar el cuadro álgico en espera de tratamiento quirúrgico. La torsión testicular más frecuente es aquella cuyo giro lleva el sentido desde afuera hacia el rafe medio escrotal por lo que la detorsión debe hacerse a la inversa (girando de adentro hacia afuera). La exploración testicular consistirá en realizar la detorsión y pexia del testículo afectado y del contra lateral. Si se evidencia un testículo necrosado en caso avanzado, se procederá a realizar la orquidectomía con fijación (pexia) 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.

Criterio de derivación:

Ante la sospecha de torsión e imposibilidad de exploración quirúrgica en el lugar de recepción del paciente.

TORSIÓN DE LOS ANEXOS TESTICULARES

Constituye la segunda causa por orden de frecuencia del escroto agudo en la edad pediátrica. Los apéndices testiculares rudimentarios que pueden sufrir torsión son cuatro, de los cuales la hidátide sésil de Morgagni (resto del conducto Mülleriano), presente en el 90% de los testículos, es responsable del 90% de las torsiones de los apéndices.

Diagnóstico

El mismo es clínico, caracterizándose de dolor escrotal de inicio brusco, raramente acompañado de síntomas sistémicos como náuseas o vómitos y generalmente de menor intensidad que en el caso de la torsión testicular.

La exploración física objetiva una masa palpable localizada entre el testículo y la cabeza del epidídimo. En ocasiones puede apreciarse el signo del punto azul que es patognomónico de esta afectación y que se aprecia cuando la piel escrotal se mantiene tensa sobre la masa. En casos evolucionados el importante edema escrotal que provoca puede impedir supalpación, por lo que el diagnóstico diferencial con la torsión testicular se hace más difícil.

Los estudios complementarios no son útiles en el diagnóstico, salvo para el diagnóstico diferencial con la torsión testicular al objetivarse flujo intratesticular normal e importantes signos de edema en el polo superior del testículo.

Tratamiento

Si el diagnóstico clínico de la torsión está claro no es necesaria la exploración quirúrgica, por lo que el tratamiento es sintomático, a base de analgésicos y antiinflamatorios. Habitualmente el cuadro doloroso e inflamatorio remitirá en unos 5-7 días.

Si tras la valoración clínica existen dudas diagnósticas, está indicada la exploración quirúrgica.

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.

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.

Diagnóstico

Es principalmente clínico, caracterizándose por dolor y tumefacción en el hemiescrotó afectado, de intensidad progresivamente creciente e irradiación al trayecto del cordón espermático. Simultáneamente aparece un incremento gradual del tamaño del hemiescrotó afectado, que puede llegar a duplicar su volumen. 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.

El examen físico objetiva aumento de tamaño del hemiescrotó correspondiente, apreciándose inicialmente un engrosamiento del epidídimo, que posteriormente puede afectar al testículo. La elevación del escrotó disminuye el cuadro álgico (signo de Prehn positivo). La piel escrotal puede tornarse eritematosa, tensa y brillante en casos evolucionados, siendo estos signos cutáneos más intensos en los casos de absceso epididimario. Puede objetivarse también engrosamiento e hiperestesia del cordón espermático correspondiente (funiculitis asociada).

El análisis citológico de sangre puede mostrar la presencia de leucocitosis con desviación de la fórmula a la izquierda.

En el sedimento urinario se detectará piuria en la mayor parte de los casos. Si el microorganismo es un Gram negativo la bacteriuria será franca y en estos casos el urocultivo suele ser positivo, lo que constituye la prueba diagnóstica definitiva. En los casos provocados por ETS suele aparecer discreta piuria sin bacteriuria.

La ecografía objetiva un aumento del volumen del 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.

Tratamiento

Debe instaurarse de forma empírica, de acuerdo con la edad del paciente y el agente infeccioso sospechado.

-En pacientes mayores de 40 años:

- Amoxicilina-clavulánico (500/125) / 8 horas VO dos semanas.

- Fluorquinolonas como ciprofloxacina 500 mg VO / 12 horas dos semanas.

-En pacientes menores de 40 años (excepto niños):

- Doxiciclina 100 mg / 12 horas VO dos semanas.

-Fluorquinolonas como ciprofloxacina 500 mg VO / 12 horas durante dos semanas.

Es aconsejable guardar reposo en cama durante la fase aguda. La elevación testicular mediante suspensorio escrotal ayuda a disminuir el dolor. Además es importante el frío local intermitente en la zona afectada. El tratamiento se complementa con el uso de analgésicos y antiinflamatorios. En casos de dolor resistente o recidivante, la infiltración del cordón espermático con anestésicos locales proporciona una importante mejoría sintomática.

Criterios de internación:

Los enfermos que presentan síntomas de sepsis o un riesgo elevado, como pacientes diabéticos e inmunodeprimidos, precisan hospitalización, hidratación endovenosa y antibioterapia parenteral hasta la desaparición de la fiebre o mejoría clínica.

Criterio de derivación:

Presencia de absceso e imposibilidad de drenaje en el lugar de recepción del paciente.

GANGRENA PENOESCROTAL O DE FOURNIER

Se trata de una gangrena génito-perineal necrosante y rápidamente progresiva, que afecta al pene y al escroto y determina una elevada mortalidad. Afecta fundamentalmente a varones adultos entre la sexta y séptima década de la vida y constituye una urgencia urológica. Se da con mayor frecuencia a individuos diabéticos, alcohólicos e inmunodeprimidos.

El mecanismo desencadenante y la puerta de entrada suelen ser patologías genitourinarias y anorrectales. La infección suele ser multibacteriana incluyendo gérmenes aerobios y anaerobios.

Los síntomas son de rápida instauración, evolucionando en horas, con fiebre, escalofríos, dolor intenso penoescrotal y perineal y grave alteración del estado general. En la exploración física se aprecia inicialmente que la región cutánea afectada está eritematosa y edematosa, transformándose en su evolución en áreas necróticas, con enfisema subcutáneo, crepitación y dolor a la palpación.

La rápida progresión hacia el abdomen, tórax y miembros inferiores de la infección necrotizante suprafascial determina un cuadro séptico de gravedad.

El tratamiento comienza con el reconocimiento precoz del cuadro. Tras la estabilización hemodinámica inicial y la oportuna reposición hidroelectrolítica, se iniciará una agresiva terapia con antibióticos junto con el drenaje y desbridamiento radical de toda el área necrótica.

Criterio de derivación:

Imposibilidad de intervención quirúrgica en el lugar de recepción del paciente. Ausencia de Unidad de Terapia Intensiva.