

Protocolo de actuación en Urgencias ante el ESCROTO AGUDO

(Dr.)

INTRODUCCIÓN

El síndrome escrotal agudo es una urgencia urológica cuyo principal síntoma es el **dolor intenso de aparición brusca del contenido escrotal**.

Su importancia radica en el diagnóstico precoz de la torsión testicular (cuadro de emergencia quirúrgica) por el riesgo de pérdida del testículo afecto.

Es necesario, por tanto, establecer un diagnóstico diferencial con otras causas de escroto agudo que no requieren tratamiento quirúrgico urgente.

ETIOLOGIA

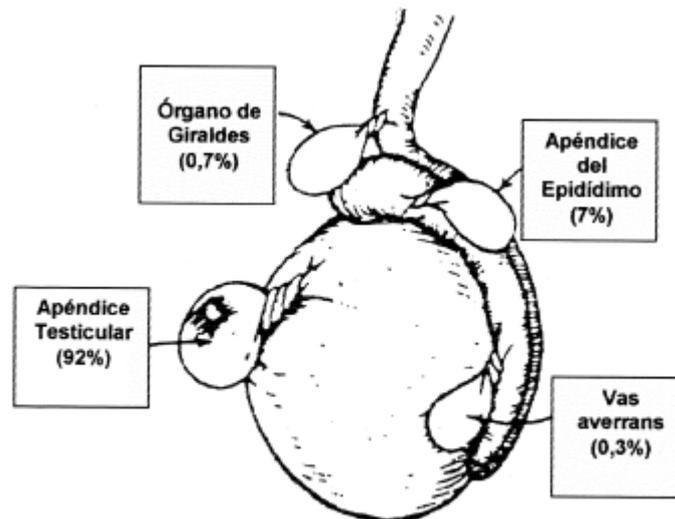
1. **Torsión:** testicular, del cordón espermatóico, del epidídimo o de las hidátides o apéndices testiculares
2. **Orquitis y/o epididimitis**
3. **Traumatismos**

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TORSIÓN

Aparece preferentemente en pacientes de edades entre los 10 y los 40 años (pico a los 14 años) La prevalencia en España es del 1 – 1,5% de las urgencias urológicas. Cabe diferenciar dos cuadros:

1. **Torsión funicular:** se torsiona el cordón espermatóico o el testículo
2. **Torsión de apéndices testiculares:** sobre todo del pedículo del apéndice de Morgagni (torsión de hidátides). Este cuadro no tiene gravedad, pero sí tiene importancia en cuanto al diagnóstico diferencial.



TORSIÓN FUNICULAR

Clínica

- Dolor de aparición brusca e intensidad creciente en el testículo afectado
- Enrojecimiento y edema escrotal
- Suele acompañarse de síndrome vegetativo (sudoración, náuseas, vómitos). A veces constituye el motivo de consulta, y en pacientes jóvenes es obligada la exploración testicular
- Ausencia de síndrome miccional
- Es rara la fiebre (sólo en casos evolucionados donde hay necrosis testicular)
- Ante sospecha clínica avisar a Urólogo de guardia.

Exploración física

- Testículo afecto más alto que el contralateral y horizontalizado (signo de Gouverneur positivo).
- Al elevar el testículo no mejora el dolor, o incluso duele más (signo de Prehn negativo)
- El reflejo cremastérico (la estimulación de la cara interna del muslo provoca de forma refleja la contracción del músculo cremastérico y el ascenso del testículo) estará abolido.

Exploraciones complementarias

- **Ecografía eco-doppler color:** ante la sospecha de torsión testicular y no exclusión clínica de la misma. Permite la visualización de la vascularización testicular, pudiendo distinguir si el flujo circulatorio es normal, ausente o reducido. En la torsión lo normal es que esté reducido o ausente (Especificidad 100%; Sensibilidad 80%)

Tratamiento

- **Detorsión manual.** Si se consigue detorsionar, posteriormente se procederá a Cirugía programada. Si no se consigue, se realizará
- **Cirugía de urgencia** lo más precoz posible, detorsionando el testículo y realizando orquidopexia bilateral.
 - Si se interviene antes de las 6 horas de comienzo del cuadro clínico, las posibilidades de recuperación del testículo están entre un 85 – 97%
 - Entre las 6 – 12 horas las posibilidades bajan a un 70%
 - > 12 horas, las posibilidades serían de un 20%
 - > 24 horas, apenas llegan al 10% o Si no hay recuperación de la isquemia, se procede a la orquiectomía

ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS

La infección aislada del testículo es rara, siendo más frecuente la presentación en forma de orquiepididimitis.

Predomina en hombres jóvenes sexualmente activos y en ancianos con infección urinaria:

- Es la causa de SEA más frecuente en los mayores de 18 años
- En los < 35 años se relaciona con ETS
- En los > 35 años con problemas miccionales u obstructivos

La causa más frecuente de la inflamación del contenido escrotal es la infección.

Los gérmenes implicados son los mismos que originan infecciones urinarias y su acceso al testículo se produce por vía ascendente.

Etiología

- **Jóvenes prepuberales:**
 - Enterobacterias, sobre factores predisponentes como son malformaciones congénitas:
 - Hipospadias
 - Válvulas uretrales
 - Estenosis congénitas
- **En varones jóvenes < 35 años**
 - Enterobacterias (E. coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae)
 - Gérmenes de transmisión sexual (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma)
 - Cocos gram positivos: S. aureus
- **En adultos > 40 años**
 - E. coli

A la causa infecciosa se suele añadir una obstrucción urinaria distal (TBC, reflujo urinario post-prostatectomía transuretral y la reacción granulomatosa por el tratamiento del cáncer vesical superficial con BCG).

También puede aparecer orquiepididimitis en el curso de:

- Varicela
- Fiebre tifoidea
- Mononucleosis infecciosa
- Rickettsiosis
- Brucelosis
- Filariasis
- Actinomicosis
- Sinusitis
- Osteomielitis
- Endocarditis
- Septicemias
- Una causa no infecciosa: el tratamiento con AMIODARONA.

Clínica

- ***Dolor escrotal intenso*** que irradia a la ingle e incluso a abdomen., aunque de evolución más insidiosa que en el caso de la torsión
- ***Tumefacción e induración escrotal***
- Puede acompañarse de ***malestar general***
 - Escalofríos
 - Fiebre, que puede llegar a ser de hasta 40°
 - Síntomas vegetativos
- Ocasionalmente se asocian:
 - Síntomas de infección urinaria
 - Secreción uretral

Exploración

- Escroto edematoso, tenso y enrojecido
- Dolor intenso que se intensifica con el roce y que impide una correcta exploración física, no distinguiéndose el límite entre el epidídimo del testículo en casos evolucionados.
- La elevación del escroto produce mejoría del dolor (signo de Prehn positivo).
- El reflejo cremastérico no está abolido.

Estudios Complementarios

- Hemograma
- Bioquímica básica
- Sedimento urinario (para detectar piuria)
- Urocultivo
- Hemocultivos x 2
- Tinción de Gram de exudado uretral
- Eco-doppler (sólo si hay dudas sobre el diagnóstico diferencial de la torsión testicular): encontraremos hipervascularización.

Tratamiento

- Medidas generales:
 - Reposo en cama al menos 5 días o hasta mejoría de los síntomas
 - Utilización de un suspensorio

- AINES
- Analgésicos
- En caso de absceso, drenaje testicular
- Antibióticos

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO

- Infección de transmisión sexual (< 35 años):
 - CEFTRIAXONA, 250 mg I.M. (dosis única) + DOXICICLINA, 100 mg c/12 h v. o. (x 10 días) Ó
 - CEFTRIAXONA, 250 mg I.M. (dosis única) + AZITROMICINA, 1 g v.o. (dosis única) Ó
 - LEVOFLOXACINO, 500 mg/día v.o. (x 10 días)
- Infección bacteriana inespecífica (> 35 años):
 - CEFIXIMA, 400 mg/día v.o. (x 14 días) ó
 - CIPROFLOXACINO, 500 mg c/12 h. v.o. (x 14 días) ó
 - AMOXICILINA/CLAVULÁNICO, 875/125 mg c/8 h (x 14 días)

EVOLUCIONES ESPECIALES DE LAS ORQUIEPIDIDIMITIS

Absceso epididimotesticular: Evolución de una orquiepididimitis aguda o crónica, no tratada o resistente al tratamiento. El tratamiento es la orquiepididimoectomía.

Gangrena peneanoescrotal (de Fournier): Cuadro grave que consiste en la necrosis de la piel peneanoescrotal y que puede extenderse hasta la región perineal e inguinal. Suele afectar a individuos inmunodeprimidos, diabéticos, ancianos desnutridos. La mortalidad llega hasta el 30%. Lo desencadena un foco séptico cercano:

- **Urológico:** sonda permanente, prostatitis, uretritis, cirugía
- **Colorectal:** fístula anal, absceso anal, carcinoma colorrectal.

Se produce por una isquemia de la región peneanoescrotal por una endoarteritis ocluyente infecciosa de las arterias pudendas. Clínicamente habrá un aumento del tamaño escrotal con áreas de necrosis y crepitación por acumulación de gases en el tejido celular subcutáneo.

Los gérmenes causantes más frecuentes son:

- Enterobacterias (E. coli, Proteus)
- Anaerobios (Bacteroides fragilis)

El tratamiento es quirúrgico con desbridamiento de todo el tejido necrótico de forma amplia para, posteriormente, una vez haya remitido el cuadro realizar cirugía reconstructiva.

DERIVACIÓN

Torsión funicular: Urólogo de guardia (avisar en cuanto la sospechemos, y al mismo tiempo solicitar urgentemente la Eco-doppler color)

Torsión de hidátide:

- Si duda, consultar con Urólogo de guardia
- Si el diagnóstico es claro: Alta con AINE y control preferente por Urólogo de zona.

Orquiepididimitis:

- **No complicada**, sin criterios de ingreso
 - Jóvenes < 35 años: Alta hospitalaria y control al día siguiente en Hospital de día de la UEI. Haremos constar en la solicitud de cultivos la remisión a HDUEI
 - Adultos < 35 años: Alta hospitalaria y control preferente por Urólogo de zona
- **No complicada**, con criterios de ingreso
 - **Jóvenes < 35 años:** Ingreso a cargo de UCE
 - **Adultos > 35 años:** Ingreso en UCE, previa valoración por Urología

- **Complicada:** siempre valoración por Urología

PAUTA DE ACTUACIÓN DEL SÍNDROME ESCROTO AGUDO

