

# Escroto agudo

Julia Udaquiola ■ Verónica Arriaga ■ Raquel Oesterreich ■ Rodolfo Martínez Peralta ■ Daniel Giambini

## Definición

Dolor escrotal agudo que puede acompañarse de edema y eritema, y que debe ser tratado siempre como una emergencia.

## Etiología

Las causas más comunes son: torsión testicular, torsión de los apéndices testiculares o epididimarios (hidátides, restos embriológicos) y orquiepididimitis.

## Diagnóstico diferencial

- Hernia/hidrocele.
- Trauma.
- Tumor de testículo.
- Edema escrotal idiopático (dermatitis, picadura de insecto).
- Celulitis.
- Vasculitis (púrpura de Schönlein-Henoch): en general, en niños menores de 7 años.

## Torsión testicular

### Definición

Es una urgencia quirúrgica. Consiste en la torsión del testículo o cordón espermático sobre su propio eje, lo que compromete la irrigación testicular.

### Etiología

- Torsión extravaginal: resulta de la torsión del cordón espermático proximal a la túnica vaginal. Se produce en la etapa perinatal durante el descenso testicular antes de la fijación en el escroto.
- Torsión intravaginal (en badajo de campana): se produce por una fijación anormal del testículo y del epidídimo dentro de la túnica vaginal; esta alteración en la fijación es bilateral.

Durante la pubertad existe elongación y rápido crecimiento del pedículo vascular testicular que, sumados a la contracción rápida del cremáster, explicarían la predisposición para la torsión en esta etapa de la vida.

### Epidemiología

Existen dos picos de incidencia:

- En el recién nacido (10%): extravaginal.
- En adolescentes entre 13 y 16 años (90%): intravaginal.

## Diagnóstico

### Anamnesis

La presentación clásica es dolor de inicio brusco, grave y unilateral, en general, acompañado de náuseas, vómitos y palidez (reacción vasovagal). El dolor irradia a la ingle o al cuadrante inferior del abdomen ipsilateral. La deambulación suele ser dolorosa. Puede haber historia previa de dolor testicular intermitente, que representa torsión y detorsión espontánea. Puede existir el antecedente de traumatismo testicular moderado.

### Examen físico

Debe incluir abdomen, área inguinal y escrotal. De acuerdo con el tiempo de evolución, el escroto mostrará variados grados de eritema e induración. El reflejo cremasteriano está ausente, aunque su presencia no descarta la torsión. Al tacto, el cordón inguinal se percibe engrosado y doloroso. El testículo está ascendido y en posición transversal; al tacto, resulta tenso y el epidídimo puede ser anterior. En etapas avanzadas el edema y eritema escrotal enmascaran estos signos, por lo que el examen se torna más dificultoso. El dolor testicular cede con el transcurso del tiempo, signo indirecto de necrosis testicular.

### Diagnóstico por imágenes

La presentación clínica compatible con torsión testicular obliga a la cirugía inmediata sin necesidad de ningún estudio de perfusión testicular.

Ecografía Doppler: la sensibilidad es del 89,9% y la especificidad del 98,8%, con una tasa de falsos positivos del 1%, en manos experimentadas. Se observa disminución o ausencia de pulsación arterial del testículo afectado en comparación con el contralateral; existe, además, la posibilidad de evaluar la anatomía del testículo y del cordón espermático. Se utiliza sólo cuando el diagnóstico es dudoso. Ante la alta sospecha de torsión, representa una pérdida valiosa de tiempo antes de la intervención quirúrgica.

### Criterios de internación

Todos los pacientes con torsión testicular deben ser internados.

## Tratamiento

El tratamiento siempre es quirúrgico. Se procederá a la detorsión y orquidopexia u orquidectomía, según los hallazgos intraoperatorios de vitalidad testicular. El número de vueltas determina el grado de lesión vascular; generalmente, existe una ventana de 4 a 8 horas antes de que se produzca daño isquémico significativo.

## Pronóstico y seguimiento

Se debe fijar siempre el testículo contralateral. Posteriormente, el pronóstico es bueno.

## Torsión de hidátide

El apéndice testicular (hidátide de Morgagni) es un remanente del conducto Mülleriano y el epididimario del conducto de Wolff. Es una causa común de dolor escrotal agudo, que se presenta con mayor frecuencia en niños prepúberes. Sería resultado del estímulo hormonal que aumenta su tamaño y lo predispone a la torsión.

La presentación clínica simula una torsión testicular, con dolor de inicio súbito, a veces, acompañado de náuseas y vómitos. Al examen físico, se puede palpar la hidátide, que es tensa y dolorosa en forma focal. Se puede encontrar el "signo del punto azul" cuando la hidátide inflamada e isquémica se ve a través de la piel escrotal como una masa azulada. A medida que la inflamación local avanza, el epidídimo, el testículo y los tejidos superficiales se edematizan y tornan dificultoso el diagnóstico. Aparece hidrocele reaccional. La ecografía temprana puede ser diagnóstica, pero no una vez que avanzó el cuadro.

El síndrome es autolimitado, a medida que la hidátide se infarta y necrosa el dolor cede. Puede recurrir, ya que existen cinco sitios anatómicos de hidátides que se pueden torsionar (testículo, epidídimo, paradídimo, órgano de Giraldes, *vas aberrans* de Haller superior e inferior).

El tratamiento es sintomático, con reposo, frío local y analgesia. La cirugía está indicada en casos indistinguibles de la torsión testicular o cuando los síntomas son prolongados y no responde al tratamiento médico. Se realiza la exéresis de la hidátide torsionada.

## Orquiepididimitis

El comienzo es gradual, y el dolor y edema escrotal empeoran con los días, sin síntomas vasovagales acompañantes. Puede presentarse con fiebre y disuria. El epidídimo está aumentado de tamaño y es doloroso a la palpación; ante su elevación el dolor se alivia (signo de Prehn positivo).

La infección bacteriana alcanza el epidídimo en forma retrógrada a través de los conductos eyaculadores y puede estar asociada con infecciones urinarias o uretritis. El análisis de orina positivo o hisopado uretral en adolescentes sexualmente activos sugiere el diagnóstico. Los patógenos más frecuentes son los coliformes y micoplasma en niños, y el gonococo y *Chlamydia* en adolescentes.

El tratamiento es antibiótico y debe realizarse un seguimiento posterior para estudio como en cualquier infección urinaria en varones. La causa puede ser también viral, cuyo tratamiento es sintomático.

## Bibliografía

Ashcraft K, Whitfield Holcomb G, Murphy P. *Pediatric Surgery*. 4<sup>o</sup> ed. Philadelphia: Elsevier, 2005.  
Gatti J, Murphy P, Current management of the

acute scrotum. *Seminars in Pediatric Surgery* 2007; 16: 58-63.

Grosfeld J, O'Neill J, Coran A, Fonkalsrud E. *Pediatric Surgery*. 6<sup>o</sup> ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006.