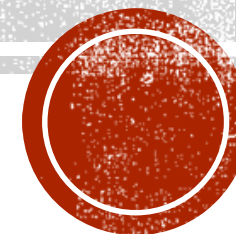


SÍNDROME ESCROTAL AGUDO



LAURA FRAGUELA MUÑIZ

MFyC



SÍNDROME ESCROTAL AGUDO

Dolor escrotal moderado a intenso que se desarrolla en el transcurso de minutos a uno o dos días, en adultos.

- El síndrome escrotal agudo es una **urgencia urológica**.
- **Espectro de afecciones muy amplio.**
- La torsión testicular y la orquiepididimitis aguda son las causas más comunes de dolor escrotal agudo en adultos.
- Aunque es mucho menos común, la gangrena de Fournier (fascitis necrosante del perineo), que puede causar inflamación escrotal aguda, es una emergencia quirúrgica.



CASO CLÍNICO

“MANUEL”



Manuel, 20 años
Acude al PAC a las 02.00h de la madrugada por
“dolor intenso en el testículo izquierdo al
despertarse hace media hora para ir a trabajar,
acompañado de náuseas y sensación de mareo”

AP: NAMC. No de interés.



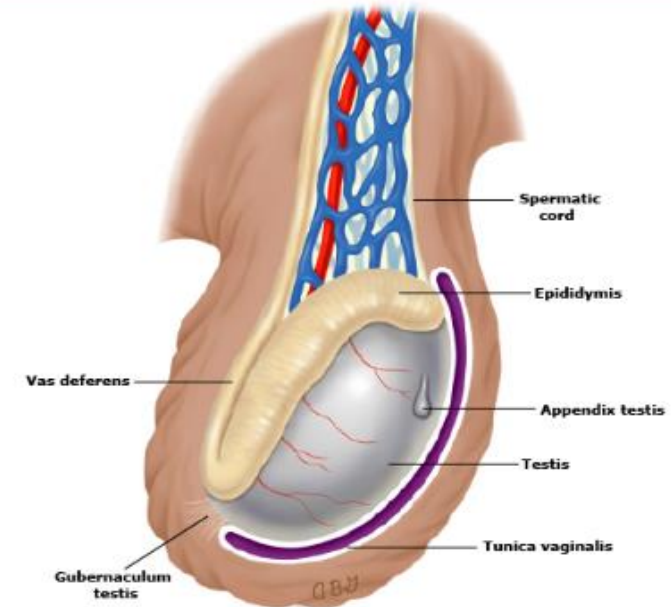
PRIMERO UN POQUITO DE... ANATOMÍA!

- El testículo es la gónada masculina responsable de la producción de esperma y andrógenos (principalmente testosterona).
- El testículo normal es ovoide, de unos 3 a 5 cm de longitud y firme con superficies lisas. Puede ser uno ligeramente más grande que el otro, y un testículo (generalmente el izquierdo) puede colgar un poco más bajo.

Los testículos, la túnica vaginal, el epidídimo, el cordón espermático, el apéndice testicular y el apéndice epidídimo son estructuras anatómicas que pueden estar involucradas en afecciones escrotales no agudas.

© 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Normal testicular anatomy



The testicle is vertical and its anterior portion is surrounded by the tunica vaginalis.



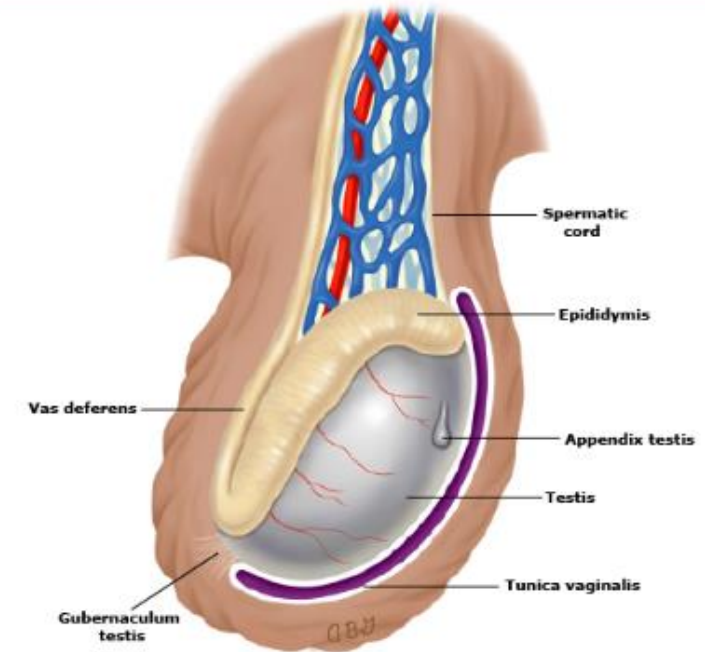
- La túnica vaginal es una capa fascial que encapsula un espacio potencial que abarca los dos tercios anteriores del testículo.

Dentro de ella se puede acumular líquido de diferente etiología (p. Ej., Agua con un hidrocele, sangre con un hematocele, pus con un pyocele).

- El epidídimo es una estructura tubular fuertemente enrollada ubicada en la cara posterior del testículo que va desde sus polos superior a inferior.
 - Es una estructura **esponjosa** en forma de tubo, **palpable** a lo largo de la **cara posterior** de cada testículo.
 - Interviene en el almacenamiento, transporte y maduración de los espermatozoides.
- El cordón espermático, que consiste en los vasos sanguíneos testiculares y el conducto deferente, está conectado a la base del epidídimo y atraviesa el espacio retropúbico.

© 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Normal testicular anatomy

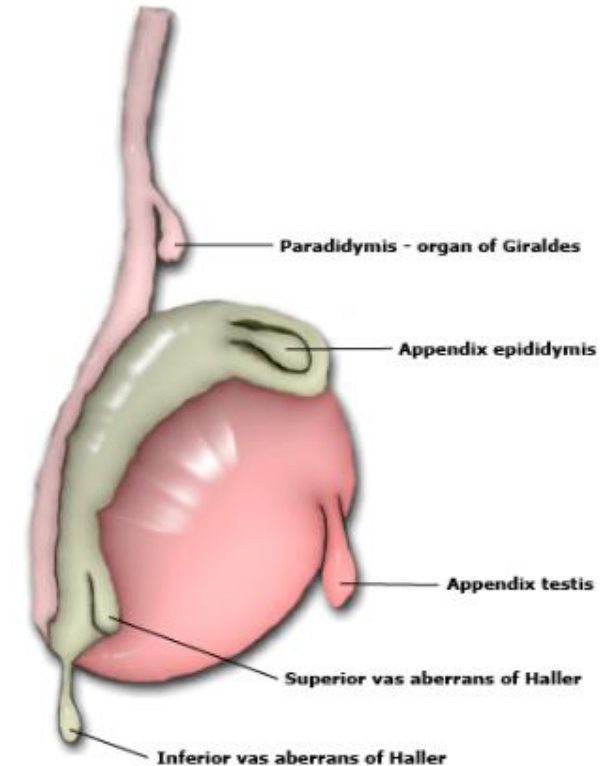


The testicle is vertical and its anterior portion is surrounded by the tunica vaginalis.



Anatomy of the testicular appendages

- El apéndice testicular es una pequeña estructura vestigial situado en la zona anteroinferior del testículo, que representa un remanente embriológico del sistema de conductos de Müller. Mide aproximadamente 0.3 cm de longitud y está predispuesto a la torsión, particularmente durante la infancia, debido a su forma pedunculada.
- El apéndice epidídimo es una estructura vestigial del conducto de Wolff que se encuentra en la parte superior del epidídimo.



CASO CLÍNICO “MANUEL”



No clínica miccional acompañante.
Reconoce relaciones sexuales de riesgo por lo que esta preocupado.
Tomó un ibuprofeno antes de salir de casa y cree que ha mejorado un poco el dolor.



¿QUÉ HACEMOS AHORA?

- 1) Le decimos que mañana pide cita urgente con su médico que total son un “par de horas más”.
- 2) Es un caso de libro: varón joven, activo sexualmente...pautamos ceftriaxona + doxicilina.
- 3) Evaluación clínica inicial: anamnesis completa, exploración física y signos vitales.
- 4) Realizamos una tira de orina.



EVALUACION DEL PACIENTE



- Lo **prioritario** es identificar las condiciones que requieren una intervención médica o quirúrgica urgente:

- 1) Torsión testicular.
- 2) Epididimitis aguda (o epididimoorquitis).
- 3) Gangrena de Fournier.

Todos ellos asociados con dolor escrotal difuso.

- **Evaluación inicial:**

- ✓ Antecedentes personales: cirugía inguinal y/o escrotal.
- ✓ Historia clínica dirigida: naturaleza, inicio y ubicación del dolor (en las primeras fases, la localización del dolor puede ayudarnos a realizar un diagnóstico diferencial). Fiebre y/o síntomas del tracto urinario (p. Ej., Frecuencia, urgencia, disuria).
- ✓ Examen físico que **incluye signos vitales.**



✓ Examen físico:

- ❑ Abdomen
- ❑ Región inguinal. Valorar maniobras de provocación.
- ❑ Piel y contenido del escroto
- ❑ Reflejo cremastérico. Siempre, salvo que se sospeche Gangrena de Fournier.



LA UBICACIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNTOMAS ESCROTALES Y LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO PUEDEN INFORMAR LA CAUSA PROBABLE



CASO CLÍNICO “MANUEL”



Dolor difuso, intenso, desde la 01:30h
Sano. Relaciones de riesgo.

Regular estado general. COC, NC, NH, NP
Región inguinal: normal
Región genital: teste izquierdo elevado, muy doloroso a la
mínima palpación. Phren +. No signos inflamatorios. Reflejo
cremastérico izquierdo abolido.



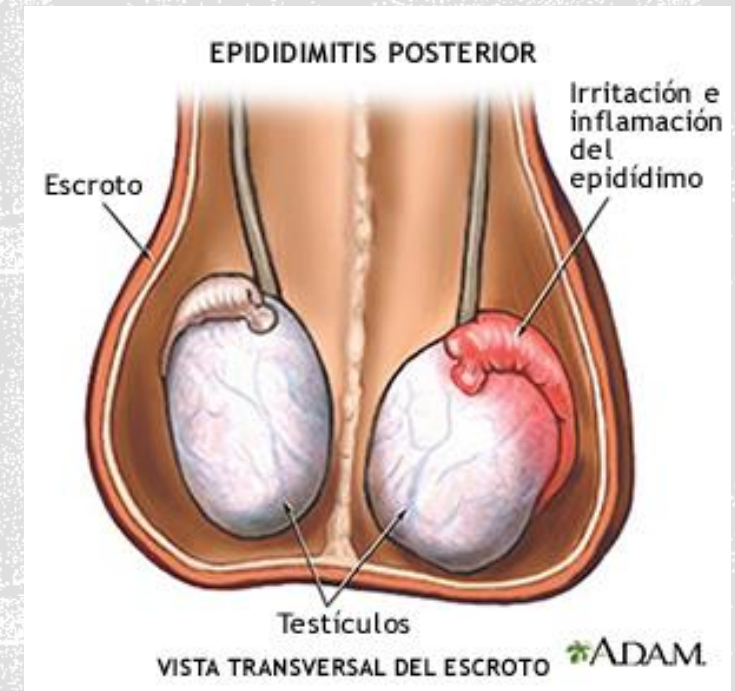
¿QUÉ SOSPECHAMOS?

- 1) Torsión testicular.
- 2) Por la afectación en el estado general tendríamos que pensar en una Gangrena de Fournier como primera opción.
- 3) Orquiepididimitis aguda.
- 4) Dolor referido secundario a una apendicitis retrocecal.



- La epididimitis aguda es la **causa más común de dolor escrotal en adultos en el ámbito ambulatorio**. Los casos más avanzados pueden presentarse con dolor testicular, hinchazón y sensibilidad (epididimoorquitis).
- La evaluación y el manejo de la epididimoorquitis aguda es similar a la de la epididimitis aguda.
- Etiología:
 - ✓ Infecciosa:
 - 1) En menores de 35 años: *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*
 - 2) Si > 35 años: *E. coli* u otros coliformes y especies de *Pseudomonas*.
** A menudo en asociación con uropatía obstructiva por hiperplasia prostática benigna.
 - 3) Si relaciones anales: riesgo añadido de epididimitis bacteriana aguda por la exposición a bacterias coliformes en el recto.
 - 4) Otros organismos menos frecuentes: *Ureaplasma*, *Mycoplasma genitalium*
 - ✓ No infecciosa: traumatismos y enfermedades autoinmunes. Las causas no infecciosas generalmente se presentan como epididimitis subaguda o crónica.

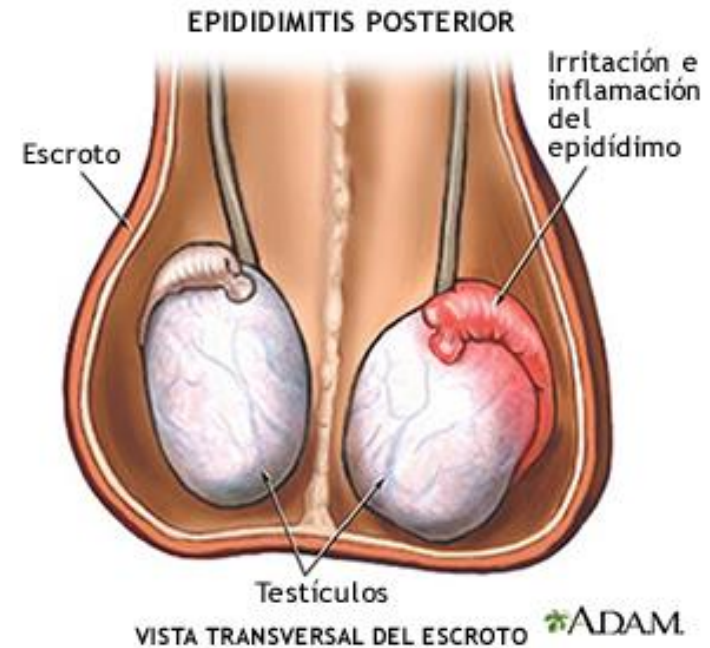
EPIDIDIMITIS AGUDA O EPIDIDIMO-ORQUITIS



DIAGNÓSTICO

■ CLÍNICO

- ✓ Dolor testicular **localizado** con sensibilidad e hinchazón a la palpación del epidídimo afectado, que se encuentra en la parte posterior del testículo.
- ✓ Puede haber eritema de la pared escrotal y un hidrocele reactivo.
- ✓ Signo de Prehn positivo (la elevación manual del escroto alivia el dolor). También se presenta en la torsión testicular aunque es menos frecuente.
- ✓ Reflejo cremastérico positivo.
- ✓ Fiebre y síntomas del tracto urinario inferior pueden estar presentes.



MANEJO

- VARÍA SEGÚN LA GRAVEDAD
- ANTE LA SOSPECHA NO SE DEBE ESPERAR A LA CONFIRMACIÓN PARA INICIAR TRATAMIENTO
- ANTE LA SOSPECHA A TODOS: análisis de orina, urocultivo y estudio para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

Medidas generales:

- Reposo en cama durante por lo menos 5 días.
- Colocación de un suspensorio testicular.
- Antiinflamatorios no esteroideos durante 7 días.
- Analgésicos. Si es necesario puede infiltrarse el cordón espermático con un anestésico local, como mepivacaína (Scandinibsa, ampollas de 10 ml al 1, 2 y 3%).





- Tratamiento específico: ANTIBIÓTICOS +/- DRENAJE

➔ La elección del antibiótico dependerá de la edad y los factores de riesgo.

- Vía de transmisión sexual. Asociación antibiótica (ceftriaxona + doxicilina; si alérgico a penicilina: ofloxacino o levofloxacino).
 - 1) Ceftriaxona (Ceftriaxona viales 250 mg) en dosis única de 250 mg vía intramuscular. Debe tratarse a los compañeros sexuales de los 2 últimos meses y se ha de evitar el coito sin preservativo.
 - 2) Doxicilina (Vibracina, cápsulas de 100 mg) en dosis de 100 mg/12h por vía oral durante 10 días.
 - 3) Ofloxacino (Ofloxacino Rabnaxy, c/200 mg) en dosis inicial de 400 mg, seguida de 200 mg/12h por vía oral durante 10 días; o levofloxacino (Tavanic, c/500 mg) en dosis de 500 mg c/24h por vía oral durante 14 días.



▪ Vía de transmisión no sexual (etiología inespecífica). Se utiliza cualquiera de las siguientes pautas antibióticas:

- 1) Cefonicid (Cefonicid Normon, viales intravenosas e intramusculares con 1 g) en dosis de 1 g c/24h por vía intravenosa o intramuscular, durante 48 horas, seguido de cefuroxima (Zinnat, comprimidos de 250 mg y 500 mg) en dosis de 500 mg/24h por vía oral durante 10 días.
- 2) Cefotaxima (Cefotaxima Normon, viales intravenosos e intramusculares con 1 g), seguido de cefuroxima (Zinnat, comprimidos de 250 mg y 500 mg) en dosis de 500 mg/24h por vía oral durante 10 días.
- 3) Levofloxacino (Tavanic, frasco de 100 ml al 0.5% equivalentes a 500 mg, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/24h por vía intravenosa durante 48 horas, seguido de 500 mg/24h por vía oral durante 10 días.



Si los síntomas no mejoran a las 48-72 horas de iniciada terapia antibiótica, se deben considerar otras causas de dolor escrotal siendo en este caso necesaria la derivación a un urólogo.

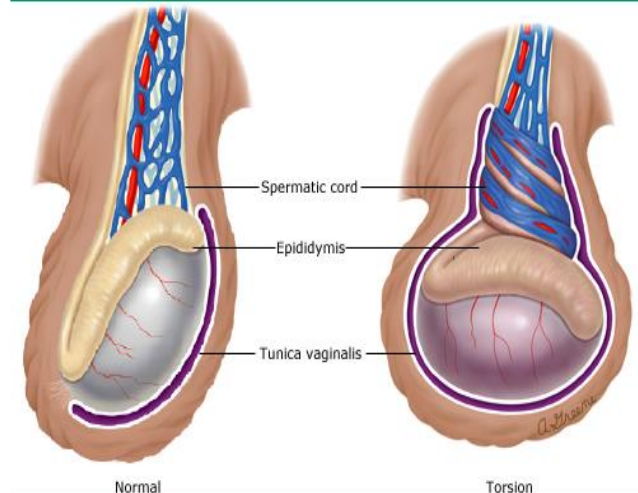
Los pacientes a los que se les diagnostica *N. gonorrhoeae* o epididimitis por *C. trachomatis* se deben volver a analizar en varios meses debido a la alta tasa de reinfección y se les debe indicar que remitan a sus parejas sexuales para evaluación y tratamiento.



TORSIÓN TESTICULAR

© 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Torsion of spermatic cord



Abnormality of testicular fixation permits torsion of spermatic vessels with subsequent infarction of the gonad.

- Más frecuente en neonatos y niños pospúberes que en adultos, aunque puede ocurrir **a cualquier edad**.

En una revisión retrospectiva, 17 de 44 casos (39 %) de torsión testicular en pacientes hospitalizados fueron en hombres de 21 años o más. La prevalencia de la torsión testicular en pacientes adultos hospitalizados con dolor escrotal agudo es del 25 al 50 %.

- **Debido a una fijación inadecuada** del polo inferior del testículo a la túnica vaginal. En consecuencia el testículo puede torcerse en el cordón espermático, lo que puede producir isquemia debido a la reducción de la entrada arterial y la obstrucción del flujo venoso.
- **Secundario** a un evento incitante (p. Ej., Trauma, actividad física vigorosa- horas después-) o espontáneamente.
- En general, se cree que el testículo sufre **daños irreversibles después de ocho horas** de isquemia por torsión testicular. Puede producirse infertilidad, **incluso con un testículo contralateral normal** (causa inmunológica VS pérdida de volumen germinal).

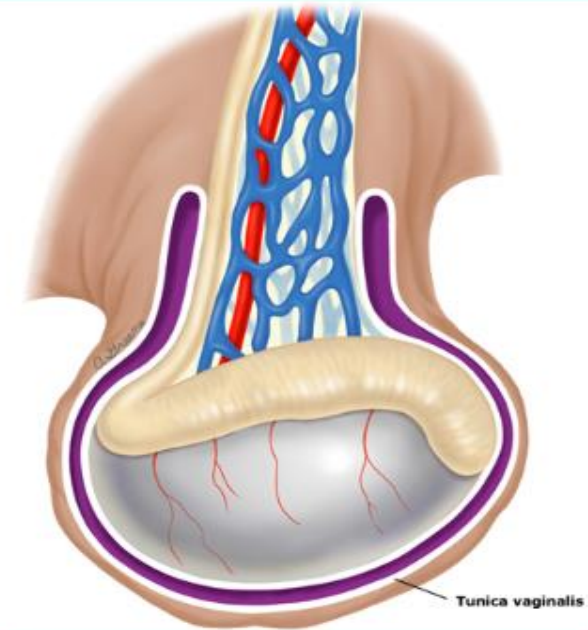


DIAGNÓSTICO

- El **DIAGNÓSTICO** es predominantemente CLÍNICO
 - **Dolor** testicular moderado a severo con sensibilidad e inflamación difusas profundas
 - **Reflejo cremastérico negativo**
 - **Deformidad de “badajo de campana”**: testículo asimétrico de gran altura con su eje largo orientado transversalmente en lugar de estar relacionado longitudinalmente con el acortamiento del cordón espermático de la torsión.
 - Hinchazón testicular profunda. Hidrocele reactivo y eritema suprayacente de la pared escrotal (evidentes de 12 a 24 horas después del inicio de los síntomas).
 - Masa sensible ("nudo") superior al testículo: poco frecuente, muy específico

© 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Bell clapper deformity



In the "bell clapper" deformity, the testis lies horizontally and the tunica vaginalis extends up over the spermatic cord so that the testis is suspended within the tunica vaginalis by the spermatic cord.



CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

- El reflejo cremastérico se observa con mayor frecuencia en niños entre 30 meses y 12 años de edad, y es **menos consistente en hombres mayores**; por lo tanto, no se debe usar una prueba singular para establecer un diagnóstico de torsión.
- Se pueden asociar náuseas y vómitos, así como dolor abdominal difuso inferior. Los pacientes pueden presentar inicialmente dolor abdominal bajo, náuseas y vómitos sin localización del dolor en el escroto. **Por lo tanto, todos los pacientes con estos síntomas deben someterse a un examen escrotal exhaustivo.**
- Otra presentación común, particularmente **en niños**, es el despertar con dolor escrotal en la mitad de la noche o en la mañana, probablemente relacionado con la contracción cremastérica con estimulación sexual nocturna durante el ciclo rápido de sueño del movimiento ocular.
- Se debe **preguntar** al paciente **sobre episodios similares anteriores** que puedan sugerir una torsión testicular intermitente.



Y AHORA ¿QUÉ HACEMOS?

- 1) Pautamos tratamiento analgésico y remitimos para valoración por Urología
- 2) Remitimos a hospital de referencia para valoración por Urología
- 3) Intentamos hacer detorsión manual. Lo conseguimos y le damos de alta a domicilio con observación estrecha y cita con su médico para que valore remitir a Urología.
- 4) Pautamos tratamiento con hielo local y AINES. En caso de no mejoría acudirá a urgencias.



MANEJO DE LA TORSIÓN TESTICULAR

- **Ante la sospecha** de torsión testicular debemos **remitir INMEDIATAMENTE** a hospital de referencia para valoración por un Urólogo.
- En general, **los analgésicos no se recomiendan** debido a la preocupación de enmascarar la torsión continua.
- El tratamiento para la sospecha de torsión testicular es la exploración quirúrgica urgente con detorsión intraoperatoria y fijación de los testículos.

La viabilidad del tejido testicular es TIEMPO DEPENDIENTE.



CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Si la cirugía no está disponible dentro de las dos primeras horas, se justifica un intento de **detorsionar el testículo manualmente**.

Los estudios de observación en niños han sugerido el alivio del dolor y la recuperación testicular mejorada con la detorsión manual.

La exploración quirúrgica es necesaria incluso después de una destorción manual exitosa porque la orquiopexia (que asegura el testículo a la pared escrotal) debe realizarse para prevenir la recurrencia, y puede existir torsión residual que puede aliviarse aún más.

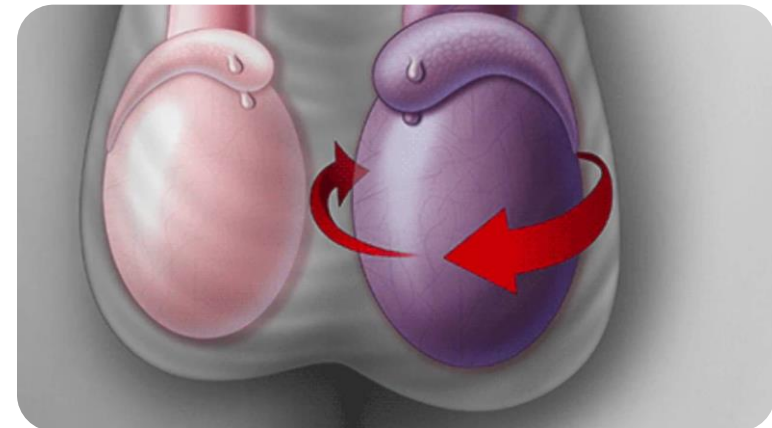


DETORSIÓN MANUAL

- La enseñanza clásica es que los testículos generalmente giran medialmente durante la torsión y se pueden detorsionar girándolos hacia el muslo.

Sin embargo, en un análisis retrospectivo de 200 hombres consecutivos de 18 meses a 20 años que se sometieron a exploración quirúrgica por torsión testicular, la rotación lateral estuvo presente en un tercio de los casos. El grado de torsión de los testículos puede variar de 180 a 720 grados, lo que requiere múltiples rondas de detorsión.

- Signos que apoyan una detorsión exitosa son:
 - Alivio del dolor → **apoya el diagnóstico**
 - Recuperación de la orientación longitudinal.
 - Posición inferior de los testículos en el escroto.
 - Captación de pulso arterial normal con eco-Doppler.



ECOGRAFÍA

- Si dudas diagnósticas se recomienda ecografía Doppler a color. **Sin embargo, si la ecografía no está disponible o con ella no se puede descartar torsión testicular, se recomienda la exploración quirúrgica.**
- Indicada una evaluación exhaustiva del cordón espermático hasta el nivel del anillo interno, y no solo limite el examen al escroto.

En un estudio de 56 pacientes que se sometieron a exploración quirúrgica por dolor escrotal agudo y se les realizó una ecografía antes de la operación, ninguno de los 22 pacientes con torsión testicular en la exploración quirúrgica tuvo una señal Doppler detectable en el lado afectado (sensibilidad 100 %). Por el contrario, el flujo sanguíneo testicular normal y las pruebas de compresión del cordón se demostraron claramente en 33 de 34 pacientes que no tenían torsión testicular (especificidad 97 %). En otro informe, la ecografía tenía una sensibilidad y especificidad de 82 y 100 %, respectivamente, para el diagnóstico de torsión testicular.



TRATAMIENTO

- El tratamiento es quirúrgico.
- Distorsión y fijación **tanto de los testículos afectados como de los testículos contralaterales no afectados**, ya que la fijación inadecuada suele ser un defecto bilateral. Los períodos prolongados de isquemia (> 8 horas) pueden causar infarto de los testículos con necrosis que requiere orquiectomía.
- El **resultado** de la cirugía puede ser peor en adultos que en niños.

En un estudio retrospectivo, las tasas de recuperación testicular de pacientes <21 años y ≥21 años fueron 70 y 41 %, respectivamente. Si bien el tiempo de presentación fue el factor más importante que afectó la tasa de recuperación, los hombres adultos también tuvieron un mayor grado de torsión del cordón que el grupo más joven, lo que puede explicar en parte la diferencia en los resultados.



GANGRENA DE FOURNIER

© 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Fournier's gangrene in a patient with diabetes



Necrotizing fasciitis of the perineum (Fournier's gangrene) can involve the scrotum. The infection can begin abruptly with severe pain and may spread rapidly.

- La gangrena de Fournier es una **fascitis necrotizante** (infección mixta aeróbica / anaeróbica) del perineo que a menudo involucra el escroto.
- Por lo general, se observa en pacientes **diabéticos**, que han tenido **catéteres uretrales permanentes** desde hace mucho tiempo, han tenido traumatismos uretrales en presencia de infección urinaria o están inmunocomprometidos.
- Se caracteriza por un dolor intenso que generalmente comienza en la pared abdominal anterior y migra hacia los músculos glúteos, el escroto y el pene. Las características clínicas pueden incluir **edema tenso** fuera de la piel afectada, **ampollas**, **crepitación** y gas subcutáneo, así como hallazgos sistémicos como **fiebre, taquicardia e hipotensión**.



MANEJO GANGRENA FOURNIER

- La tomografía computarizada (TC) y las imágenes por resonancia magnética (RM) pueden mostrar aire a lo largo de los planos fasciales o afectación más profunda del tejido. Sin embargo, los estudios de imagen no deben retrasar la exploración quirúrgica cuando hay evidencia clínica de infección progresiva de tejidos blandos.
- El tratamiento de la fascitis necrotizante consiste en **exploración quirúrgica agresiva** temprana con desbridamiento de tejido necrótico, terapia con **antibióticos de amplio espectro** y **soporte** hemodinámico según sea necesario. Los pacientes con gangrena de Fournier en última instancia pueden requerir cistostomía, colostomía u orquiectomía.



| | INICIO DE SÍNTOMAS | LOCALIZACIÓN DOLOR | REFLEJO CREMASTÉRICO | OTROS HALLAZGOS |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|---|
| TORSIÓN APENDICULAR | AGUDO O SUBAGUDO | POLO SUPERIOR TESTÍCULOS | POSITIVO | Signo de punto azul |
| ORQUI-EPIDIDIMITIS | AGUDO O CRÓNICO | EPIDÍDIMO | POSITIVO | Análisis de orina positivo, urocultivo o pruebas de diagnóstico para gonorrea o infección por clamidia. |
| GANGRENA FOURNIER | AGUDO | DIFUSO | POSITIVO | Edema tenso fuera de la piel afectada, ampollas , crepitación, fiebre , rigurosidad, taquicardia , hipotensión . |
| TORSIÓN TESTICULAR | AGUDO | TESTÍCULOS | NEGATIVO | Testículos elevados, deformidad de badajo de campana, hinchazón testicular profunda |



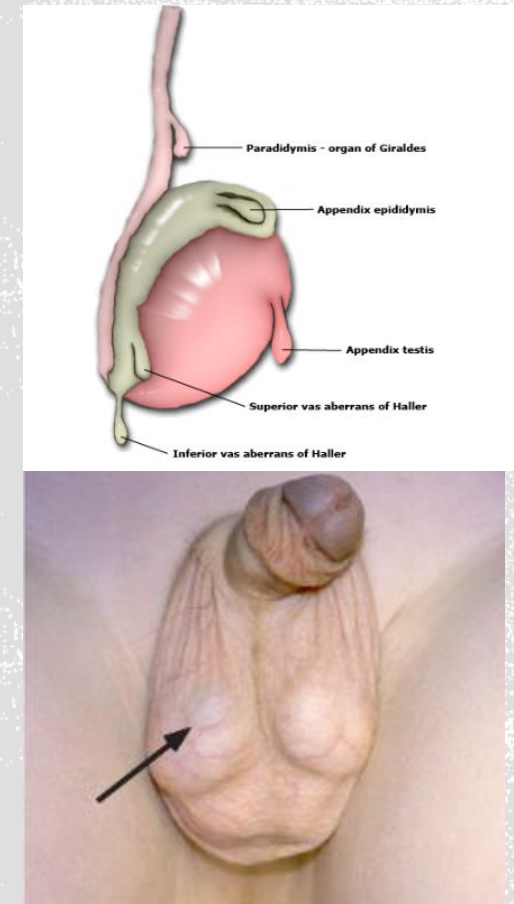
Y UN POQUITO DE OTRAS...

- Cuando la causa del dolor escrotal no es evidente después de la evaluación inicial, o los síntomas no mejoran con el tratamiento empírico, se deben considerar otras causas de dolor escrotal.
- Estos incluyen trauma, dolor posvasectomía, cáncer testicular, vasculitis por inmunoglobulina A (IgA) (púrpura de Henoch-Schönlein), edema escrotal idiopático agudo y dolor referido (diagnóstico de exclusión).



TORSIÓN DEL APÉNDICE TESTICULAR

- Más frecuentes en niños entre 7 y 14 años (edad media de 10,6 años).
- La aparición de **dolor** es generalmente más **gradual** que en la torsión testicular y la sensibilidad se localiza en el apéndice testicular en la parte anterosuperior del testículo. Una inspección cuidadosa de la pared escrotal puede detectar el clásico signo de "**punto azul**", que es causado por infarto y necrosis del apéndice testicular pero visto en una minoría de pacientes (21%).
- Si tras el examen físico hay dudas diagnósticas, se puede realizar una **ecografía escrotal** que mostrará el apéndice torcido como una lesión de baja ecogenicidad con un área hipoecogénica central.
- El **manejo** de la torsión aguda consiste:
 - Hielo local
 - Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- La recuperación es gradual, con algunas molestias que a menudo duran semanas o meses.
- La escisión quirúrgica del apéndice testicular está reservada para pacientes que tienen dolor persistente a pesar de estas medidas.



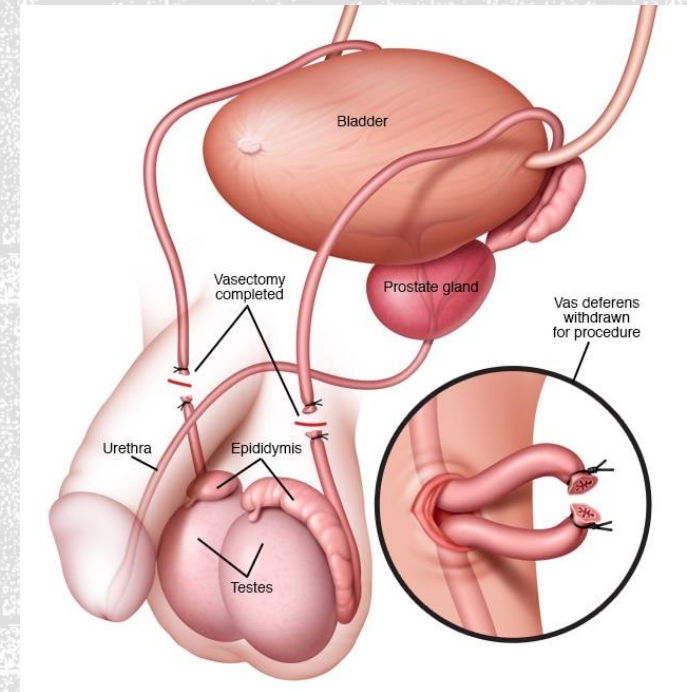
- El traumatismo escrotal menor es frecuente con las actividades diarias. Sin embargo, solo en raras ocasiones se produce una lesión testicular grave, generalmente por compresión del testículo contra los huesos del pubis por un golpe directo o una lesión a horcajadas.
- El **espectro de complicaciones** traumáticas es **muy amplio**. De esta forma puede variar desde un **hematocele** (sangre dentro de la túnica vaginal) o **pioccele** (pus dentro de la túnica vaginal) hasta una **ruptura testicular**.
- En este caso la **ecografía Doppler** a color es una herramienta diagnóstica muy útil ya que se puede diagnosticar con precisión el alcance de cualquier lesión.
- En caso de **ruptura testicular** esta indicada la reparación quirúrgica.

TRAUMA



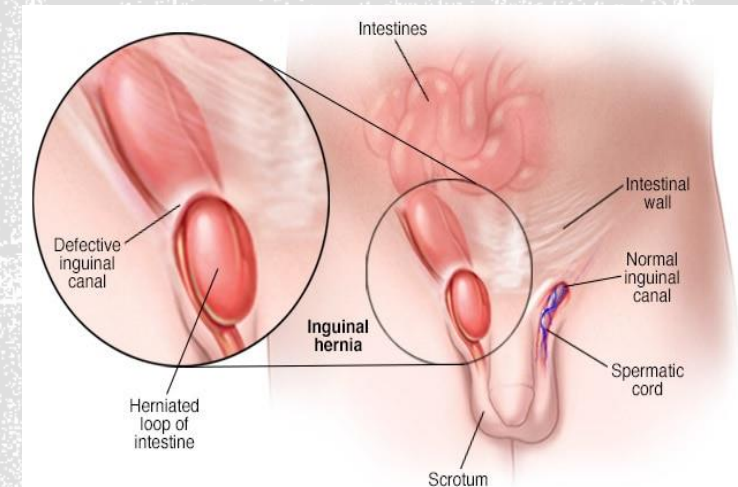
DOLOR POSTERIOR A LA VASECTOMÍA

- Tras una vasectomía algunos pacientes pueden presentar induración en todo el epidídimo secundario a la obstrucción ductal.
- Algunos hombres desarrollarán un nódulo doloroso en el sitio de división del conducto deferente en el lado testicular.
- El tratamiento consiste en:
 - AINE
 - Aplicación local de hielo durante uno o dos días
 - Baños tibios (20 minutos diarios) a partir de entonces.
 - En raras ocasiones, los pacientes que tienen dolor intratable pueden requerir la extirpación quirúrgica del granuloma.



HERNIA INGUINAL

- La herniación del intestino o el epiplón a través del cordón espermático hacia el escroto puede presentarse con dolor y una masa escrotal.
- El **dolor** en relación con las hernias inguinales es **más probable** que se localice **en la ingle o el abdomen en lugar del escroto**.
- El examen de una hernia inguinal se realiza mejor con el paciente de pie. Las áreas inguinales deben inspeccionarse para detectar protuberancias, y puede ser necesaria una maniobra provocativa (por ejemplo, tos) para exponer la hernia. Si no se observa una hernia en la inspección, la tos debe repetirse a medida que el clínico invagina el escroto.
- La **ecografía** de la ingle o el **TAC** pueden ser útiles si el diagnóstico clínico es incierto.



- La epididimoorquitis es la **complicación más frecuente de las paperas en el hombre adulto**, y la mayoría de los pacientes tienen fiebre y parotiditis antes del inicio de la orquitis.
- **Puede ser difícil de distinguir de la epididimoorquitis aguda.** Los hallazgos de apoyo para las paperas incluirían un brote local y la presencia de síntomas constitucionales y parotiditis.
- Habitualmente presentan **dolor** testicular intenso y sensibilidad, con **hinchazón** y **eritema** del escroto.
- La afectación bilateral está presente hasta en el 30% de los casos.
- El diagnóstico se sospecha clínicamente pero puede confirmarse serológicamente.
- Tratamiento:
 - Aplicación local de hielo
 - Elevación escrotal
 - AINE

ORQUITIS POR PAROTIDITIS

© 2019 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Mumps orchitis



Epididymo-orchitis is the most common complication of mumps infection in the adult male. It is frequently characterized by the abrupt onset of fever from 39 to 41°C and severe testicular pain, accompanied by swelling and erythema of the scrotum.

Reproduced with permission from Lawrence B Stack, MD.



EDEMA ESCROTAL IDIOPÁTICO AGUDO

- Algunos hombres desarrollan edema escrotal o peneano significativo de etiología desconocida, **generalmente sin dolor**.
- Más frecuente en niños.
- Debe diferenciarse de la anasarca en el cual el exceso de líquido extracelular puede acumularse en el saco escrotal laxo.
- Esta **indicada** la realización de una **ecografía** para evaluar posibles anomalías testiculares. Por lo general, esta muestra engrosamiento del tejido escrotal subcutáneo sin otras lesiones o masas.
- Tratamiento:
 - Elevación escrotal.
- Generalmente se resuelve en 48 horas.



DOLOR REFERIDO

- Sospecharlo en aquellos que tienen un inicio agudo de dolor escrotal sin sensibilidad, hinchazón u otros hallazgos en el examen físico.
- Las condiciones que causan dolor referido son diversas y reflejan la anatomía de los nervios somáticos (genitofemoral, ilioinguinal y escrotal posterior) que viajan al escroto.
 - Aneurisma aórtico abdominal.
 - Urolitiasis.
 - Pinzamiento de la raíz del nervio lumbar o sacro inferior.
 - Apendicitis retrocecal.
 - Tumor retroperitoneal.
 - Posherniorrafia.



CÁNCER TESTICULAR

- Aunque en general la mayoría de los tumores testiculares se presentan como nódulos indoloros, los **tumores de células germinales** de rápido crecimiento pueden causar dolor escrotal agudo **secundario a hemorragia e infarto**.
- Una **masa** es generalmente palpable.
- Se debe realizar una **ecografía** escrotal para confirmar el diagnóstico.



MENSAJES PARA CASA



- El síndrome escrotal agudo es una urgencia urológica.
- Espectro de afecciones muy amplio.
- La torsión testicular y la orquiepididimitis aguda son las causas más comunes de dolor escrotal agudo en adultos.
- Aunque es mucho menos común, la gangrena de Fournier (fascitis necrosante del perineo), que puede causar inflamación escrotal aguda, es una emergencia quirúrgica.
- Lo prioritario es identificar las condiciones que requieren una intervención médica o quirúrgica urgente.



BIBLIOGRAFÍA

- M.E. Martínez Acevedo. Síndrome escrotal agudo. Compendio de Medicinas De Urgencias. Guía Terapéutica. 4º edición.
- Robert. C. Evre.MD. Evaluation of acute scrotal pain in adults. Sept. 2017. UptoDate.
- Inma Múgica del Campo. Osakidezta, servicio Vasco de Salud. Dic. 2014. Guía Fisterra.



