12

Escroto agudo

Jordi Pou i Fernández

Se conoce con el nombre de escroto agudo el cuadro clínico caracterizado por la aparición de dolor agudo acompañado de tumefacción y signos inflamatorios (calor, rubor) a nivel escrotal.

Aunque la etiología de este cuadro clínico es muy variada (tabla I), las más frecuentes de todas son la torsión testicular (45%), la torsión de una hidátide (35%), la epididimitis (15%) y el edema escrotal idiopático (5%). En urgencias lo más importante es descartar que nos encontremos frente a una torsión testicular ya que ésta requiere tratamiento quirúrgico inmediato.

Manifestaciones clínicas

Es de gran importancia conocer cómo se ha iniciado el dolor y cuál ha sido su evolución. El inicio brusco, acompañado o no de otros síntomas como pueden ser los vómitos y afectación general, suele ser propio de la torsión testicular. El dolor brusco aparece también en la torsión de las hidátides de Morgagni, aunque en este caso es mucho menos intenso y pocas veces se acompaña de otros síntomas. En estos casos el dolor se irradia a la fosa ilíaca o a la zona lumbar. En los procesos inflamatorios como la orquitis o epididimitis, el inicio acostumbra ser menos brusco, menos aparatoso y más insidioso. A veces se acompaña de la presencia de un síndrome miccional. En el caso del edema escrotal idiopático, el dolor y las molestias van referidos a la piel que se encuentra tumefacta. Es necesario preguntar siempre sobre la posibilidad de que haya existido un traumatismo. Aunque no siempre, puede existir un pequeño traumatismo previo a la torsión testicular, pero sobre todo hay que descartar un traumatismo importante que puede dar lugar a un hematoma.

La cuidadosa exploración del escroto debe permitir orientar el diagnóstico. En las torsiones de hidátide se puede encontrar un punto

TABLA I.

- Alteraciones circulatorias
  - Torsión testicular
  - Torsión de una hidátide testicular
  - Tumefacción testicular secundaria a hernia incarcerada
- Alteraciones inflamatorias
  - Epididimitis
  - Orquitis
- Tumores
  - Tumor testicular de crecimiento rápido
  - Leucemia
- Alergia
  - Edema escrotal idiopático
  - Edema en la púrpura de Shönlein Henoch
  - Picadura de insecto
- Traumatismo
  - Hematoma escrotal

doloroso en el polo superior del testículo, apreciándose una pequeña masa que puede llegar a alcanzar el tamaño de un guisante. En la torsión testicular la palpación es dolorosa y el teste está agrandado, retraído y fijo. El reflejo cremastérico desaparece. En el edema escrotal idiopático lo molesto es la palpación cutánea, mientras que si podemos explorar el testículo lo encontramos libre e indoloro. Pese a todo el diagnóstico no siempre es fácil ya que la tumefacción y el propio dolor impiden poder realizar el diagnóstico exacto. La intervención quirúrgica es la única forma de confirmarlo.

La necesidad de tomar decisiones y medidas terapéuticas urgentes hace que en la gran mayoría de casos no sea posible realizar exámenes complementarios. La gammagrafía testicular y el Eco-Doppler color pueden corroborar la sospecha. La gammagrafía tiene el inconveniente de que requiere un tiempo mínimo de unas horas para su realización, lo cual la convierte en poco útil. El Eco-Doppler permite comprobar, al comparar con el otro testículo, la interrupción del flujo sanguíneo. Es una prueba que pocas veces puede realizarse en los Servicios de Urgencias.

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con todas las entidades descritas y, de forma esquemática, lo más importante es saber si nos encontramos frente a una torsión testicular o no. De entre las posibles causas no debemos olvidar la posibilidad de encontrarnos frente a una hernia inguinal incarcerada, diagnóstico que también requiere medidas urgentes.

Actitud práctica

La revisión quirúrgica es obligada en todos los casos en los que se realiza el diagnóstico de torsión y en todos aquellos en los que existen dudas diagnósticas o no nos es posible hacer un diagnóstico exacto. Es necesario recordar que la necrosis testicular empieza a ser irreversible pasadas las 6 primeras horas. Entre las 6 y las 12 primeras horas sólo se recuperan el 70% de testículos y pasadas las 12 horas sólo un 20%.

En los demás casos, siempre que el diagnóstico se establezca sin dudas, aplicaremos el tratamiento correspondiente a cada situación.

Bibliografía

1. Cerdá J, García Casillas MA. Torsión testicular en Urgencias y tratamiento del niño grave. Ed. Ergon, 2000, págs. 701-706.
3. Ribó J Mª. Escroto agudo Urgencias en Pediatria. Ed. Ergon, 1999, págs. 459-461.
2. Harrison R. Torsión testicular. En: Glenn JF, Joyce VH (eds). Cirugía urológica. Madrid, Salvat 1986, págs. 1081-1090.

NOTAS