

**ESCROTO AGUDO**

Autores:

Dr. Adrian Fonseca M.P.N° 23074/8

Esp. Cirugía Pediátrica N° 9327

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Dra. Carla Sofía Contreras M.P.N° 36391/4

Esp. Cirugía Pediátrica N° 18430

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

**DEFINICIÓN:** Cuadro clínico caracterizado por la aparición de signos y síntomas inflamatorios agudos a nivel escrotal uni o bilateral: dolor, enrojecimiento, aumento de tamaño y de la temperatura local.

**Etiología:**

1. Torsión de testículo (intravaginal).
2. Torsión de apéndices intraescrotales.
3. Epididimitis, orquitis u orquiepididimitis
4. Traumatismo
5. Otras: Edema escrotal idiopático, hernia/hidrocele, purpura S. Henocho.

**TORSIÓN TESTICULAR:** El 65% de los casos se presentan entre los 12 y 18 años de edad.

**Fisiopatogenia:**

Rotación axial del testículo dentro de la túnica vaginal. La causa es la falta de fijación del testículo y epidídimo a la pared escrotal posterior. El factor desencadenante es la contracción brusca y sostenida del musculo cremáster, favorecido por: frio, ejercicio intenso, trauma escrotal, ciclo sexual. La necrosis testicular estará influenciada por el grado y duración de la torsión.

**Cuadro clínico:**

Dolor intenso de comienzo súbito, irradiación hacia ingle o abdomen, náuseas, vómitos. Puede haber antecedentes previos de dolor y de traumatismo.

**Examen físico:**

Teste ascendido, fijo, agrandado, epidídimo no posterior, signo de Prenh negativo (no se alivia el dolor ante la elevación de las bolsas), reflejo cremasteriano abolido.

**Pruebas complementarias:** Ecografía doppler puede detectar disminución de flujo sanguíneo, pero es prescindible. Falsos negativos (5-50%). La ecografía no debe demorar el procedimiento quirúrgico.

**Tratamiento:** Quirúrgico siempre. Es una emergencia quirúrgica

**Medidas preoperatorias:** Internación en sala común, laboratorio de sangre con coagulograma, antibiótico prequirúrgico (cefalotina ev). No requiere ayuno ya que es una emergencia.

**Procedimiento y técnica:** detorsión con acceso transescrotal, preferiblemente a través del rafe medio. Si el teste es viable: orquidopexia. Si el teste no es viable: Orquiectomía.

Fijación de testículo contralateral a fin de evitar la torsión en un testículo único ante la alta probabilidad de anomalía de fijación bilateral y nuevo episodio de torsión asincrónica (40%), y debe realizarse siempre que sea posible en el mismo acto quirúrgico.

En cuanto al método de fijación, existen controversias, pero para la mayoría de los autores es aconsejable la fijación con hilos no reabsorbibles en más de un plano geométrico, para evitar la creación de ejes de recurrencia de torsión.

En el caso de las torsiones del neonato (extravaginal) la fijación contralateral es controvertida por la fisiopatología de la enfermedad, que presupone un proceso de maduración espontáneo que resuelve la enfermedad de base, pero muchos autores optan por la fijación, justificada por la baja morbilidad y necesidad imperiosa de proteger la gónada única remanente de otras posibles lesiones, incluyendo un posible Torsión Testicular intravaginal futura.

**Medidas postoperatorias:** Analgesia de rescate, alimentación luego de recuperación anestésica y alta en 12 a 24 hs.

### **TORSIÓN DE APÉNDICES TESTICULARES**

- ✓ Mayor frecuencia entre los 6 y los 12 años de edad.
- ✓ Más frecuente hidátide testicular de Morgagni.
- ✓ Dolor escrotal insidioso de escasa a moderada intensidad, intermitente o continuo. Signos inflamatorios discretos.
- ✓ Dolor a la compresión del polo superior con testículo de características normales.
- ✓ Transiluminación: signo del punto azul.
- ✓ Tratamiento: MEDICO. Reposo relativo, analgésicos y antiinflamatorios. Resolución en 5-10 días. QUIRURGICO si hay dolor persistente.

### **EPIDIDIMITIS, ORQUITIS, ORQUIEPIDIDIMITIS**

- Más frecuente en adolescente y adulto joven.
- Causas: infecciosa, traumatismos, alteraciones urológicas.
- Dolor escrotal insidioso, escasa a moderada intensidad. Signos inflamatorios discretos. Puede haber piuria, disuria, fiebre.
- Aumento de tamaño testicular, de epidídimo o ambos. Testículo móvil, no ascendido.
- Eco doppler evidencia aumento de flujo sanguíneo.
- La mayoría son de etiología viral en la edad pediátrica.
- Tratamiento: MEDICO. Resolución en 5- 10 días. Reposo relativo, analgésicos, antiinflamatorios.
- Investigar anomalías urológicas a partir de segundo episodio.

### **Riesgo de latrogenia y complicaciones del tratamiento de la Torsión Testicular**

- La Torsión Testicular determina secuencialmente obstrucción venosa y arterial, con destrucción progresiva de células reproductivas, células de Leydig y, finalmente, necrosis testicular y daño permanente, según el grado de torsión y el tiempo de evolución.
- Posible daño por reperusión de órganos luego de la detorsión del testículo, causado principalmente por los radicales libres de oxígeno.
- Lesión del testículo contralateral por causa inmunológica (teoría muy controvertida).
- Lesión inducida por manipulación quirúrgica testicular.
- Lesión bilateral intrínseca de los testículos con defecto de fijación no detectados o causada por episodios de torsión intermitentes.
- Disminución secundaria de la función reproductiva por hipotrofia o atrofia testicular.

### BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Cuervo JL. Escroto agudo. PRONACIP. Buenos Aires, Argentina: 2014; 1. 1-34.
- 2-Cuervo JL, Grillo A, Vecchiarelli C, Osio Cristina, Prudent L. Perinatal testicular torsion: a unique strategy? J Pediatr Surg. 2007;42(4):699-703.
- 3-Cuervo JL, Majluf R. Escroto agudo. Rev Hosp Niños BAires 2005;47(211):10-20.
- 4-Hutson JM. Undescended testis, torsion and varicocele. In Grosfeld JL, O'Neill JA, Fonkalsrud EW, Coran AG, eds. Pediatric Surgery. Sixth edition. Mosby Elsevier. 2006: 1193-1214.
- 5-Mellick LB1. Torsion of the testicle: it is time to stop tossing the dice. Pediatr Emerg Care. 2012 Jan;28(1):80-6.

### Algoritmo de manejo del escroto agudo.

