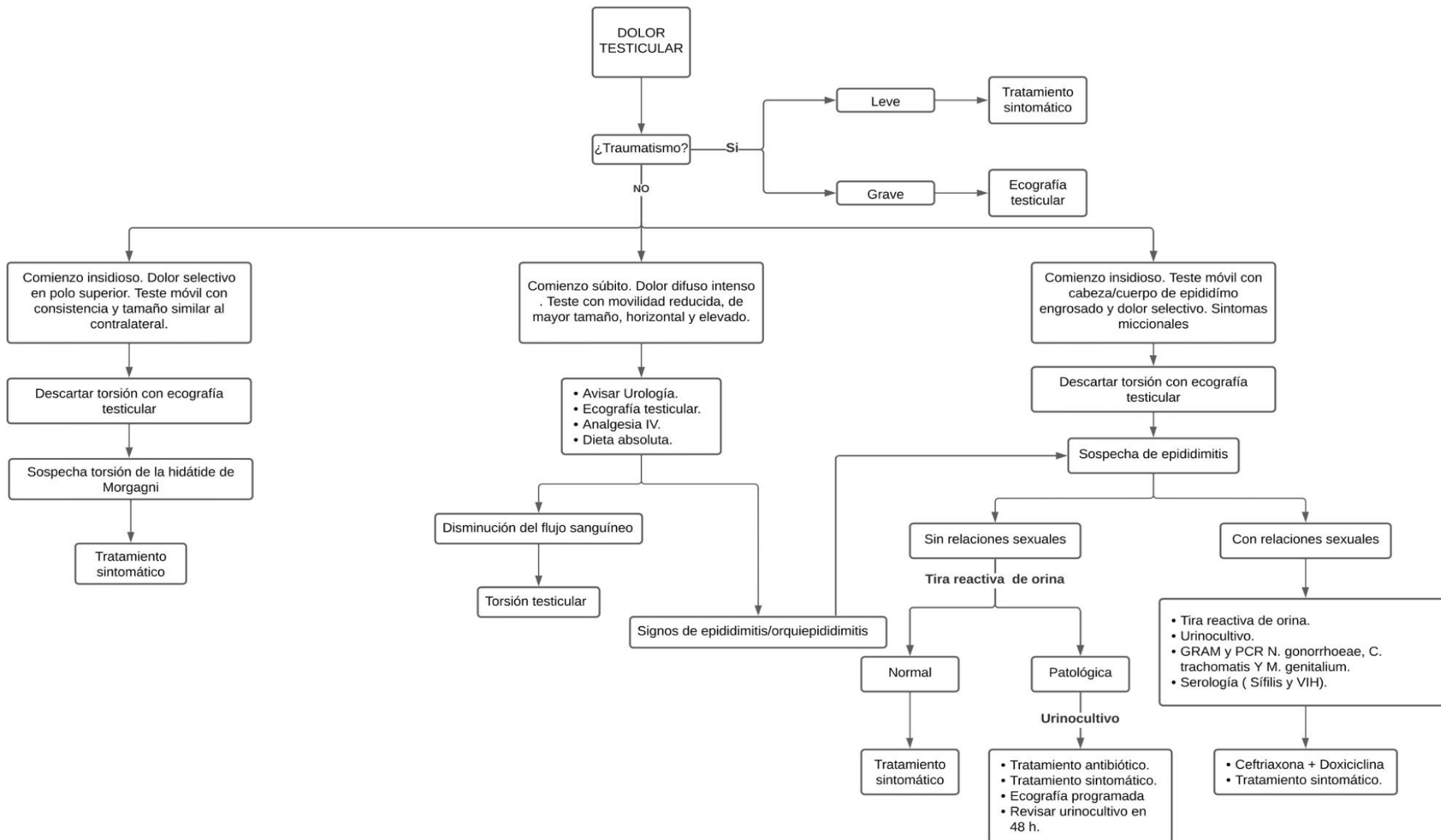


MANEJO DEL ESCROTO AGUDO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

V1. Marzo 2025



1. Conceptos importantes

El escroto agudo es el cuadro clínico definido por dolor testicular de pocas horas de evolución, asociado habitualmente a signos inflamatorios locales. Se considera un cuadro clínico urgente, ya que requiere un diagnóstico precoz por si precisase una intervención quirúrgica para resolver el caso.

Causas principales:

- Torsión testicular. Rotación del cordón testicular sobre su eje longitudinal, provocando una disminución o ausencia de vascularización del testículo.
- Epididimitis/orquiepididimitis. Consiste en la inflamación del epidídimo, testículo o ambos. La causa no está bien definida, pero el mecanismo más aceptado se basa en la existencia de flujo retrógrado de orina a través de los conductos deferentes, causando irritación del epidídimo. Puede asociarse a infección bacteriana.
- Torsión de hidátide Morgagni. Se produce por la torsión e inflamación de los apéndices testiculares o epididimarios.
- Traumatismo testicular. Pueden ocasionar dolor agudo e intenso, asociado a importantes signos inflamatorios locales en los casos en los que se produce hematocele, hematoma intratesticular, o incluso ruptura del testículo.

Otras causas menos frecuentes:

- Hernia incarcerada. La sintomatología de escroto agudo se produce como consecuencia del dolor irradiado desde la región inguinal. Puede palparse una masa escrotal cuando el contenido herniario intestinal alcanza el escroto.
- Púrpura de Schönlein-Henoch. Puede asociar dolor escrotal, agudo o insidioso.
- Tumor testicular. El modo de presentación más habitual es la aparición de una masa testicular indolora, sin embargo, la hemorragia intratumoral, puede originar un cuadro de dolor agudo escrotal, asociado a cambios inflamatorios.
- Edema escrotal idiopático. Inflamación escrotal, de corta evolución, con tumefacción de los tejidos blandos y eritema local. De forma característica, el paciente presenta buen estado general, y si refiere dolor, es de poca intensidad. Es bilateral en >50% de los casos. Tiende a desaparecer espontáneamente de forma gradual.
- Varicocele. Dilatación del plexo venoso pampiniforme

2. Anamnesis y exploración

A recoger en la anamnesis: edad, dolor (intensidad, instauración brusca o gradual, localización), inflamación del testículo (eritema o tumefacción escrotal), desencadenante, actividad sexual, síntomas acompañantes (vómitos, náuseas, fiebre, disuria). Preguntar por antecedentes recientes de interés: traumatismos, púrpura de Shönlein Henoch, parotiditis e infección urinaria.

El dolor en caso de torsión testicular suele ser de aparición brusca y muy intenso. Puede referirse a la región inguinal o al hipogastrio simulando un cuadro de abdomen agudo. Con frecuencia se acompaña de náuseas y vómitos y, en casos evolucionados, de fiebre secundaria a necrosis testicular.

En algunas ocasiones la torsión se resuelve de forma espontánea, lo que explica que con frecuencia, los pacientes refieran episodios previos de clínica similar.

En los demás cuadros (torsión de hidátide, epididimitis/epididimitisorquitis) el dolor no es de instauración tan brusca ni tan intenso. Raramente se acompaña de náuseas o vómitos.

Exploración: En los casos de torsión testicular suelen presentar afectación del estado general y signos importantes de dolor. El resto de cuadros cursan con buen estado general.

Exploración genital: Posición, tamaño, simetría, inflamación e induración testicular. Localización del dolor. Presencia de reflejo cremastérico (retracción testicular al rozar la parte interna del muslo) y del signo de Prehn (disminución del dolor al elevar el testículo).

- Torsión testicular: el testículo presenta eritema, edema así como aumento de la consistencia y del tamaño. La movilidad testicular estará reducida y es muy dolorosa. El testículo puede estar elevado y horizontal dentro de la bolsa escrotal (Signo de Gouverneur). Reflejo cremastérico ausente. Signo de Prehn negativo.

- Torsión de hidátide de Morgagni: es característica la palpación de un nódulo duro y doloroso (o simplemente la localización del punto del máximo dolor) en el polo superior del testículo con escaso dolor en el resto de la gónada (Signo del punto azul). El testículo tendrá buena movilidad y una consistencia y tamaño similares al contralateral en casos de corta evolución (el tamaño y la consistencia irán aumentando conforme avanza el cuadro).

- Epididimitis/orquiepididimitis: el testículo presenta eritema, edema y aumento de la consistencia. Puede apreciarse el engrosamiento del epidídimo afectado, que será el punto más doloroso.

- Varicocele: se puede palpar una masa de venas dilatadas (en forma de saco de gusanos) por detrás y por encima del testículo, que aumentan con la maniobra de Valsalva. La mayoría de los varicoceles del varón adolescente están en el testículo izquierdo, debido a la peculiar desembocadura de la vena espermática izquierda en la vena renal.

3. Pruebas complementarias

Ante una clínica y una exploración física sugestiva de torsión testicular se debe avisar inmediatamente a Urología (Busca: 441674) y valorar según el caso si se realiza ecografía testicular o directamente se realiza intervención quirúrgica.

Ecografía testicular:

- Sospecha de torsión testicular: se debe realizar en pacientes con una clínica o exploración dudosa. En ningún caso su realización debe retrasar la cirugía. Se observa disminución del flujo testicular con respecto al contralateral. En torsiones intermitentes o parciales el flujo puede estar conservado.
- Traumatismos importantes para definir el grado de la lesión.
- Sospecha de tumor testicular.

Tira reactiva de orina:

Ante la sospecha de epididimitis/orquiepididimitis. Se realizará en estos casos tira de orina y únicamente cuando ésta salga alterada se pedirá urocultivo con antibiograma.

Exudado uretral:

En los pacientes con relaciones sexuales, además de la tira reactiva de orina, se realizará exudado uretral con tinción de Gram y PCR para *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y *M. genitalium* (también es válido la primera parte del chorro miccional para PCR de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y *M. genitalium*).

Análisis de sangre:

Valorar solicitar hemograma y bioquímica en casos de epididimitis/orquiepididimitis en los que la tira reactiva de orina sea patológica o la clínica sea muy llamativa, y en todos aquellos casos que vayan a ingresar, incluyendo en estos hemocultivo.

Ecografía renal:

Se solicitará de manera programada en aquellos casos de epididimitis/orquiepididimitis con infección urinaria asociada para descartar malformaciones o anomalías obstructivas de la vía urinaria. En caso de encontrarse alguna malformación se derivará a CCEE de Nefrología desde AP.

4. Tratamiento

- **Torsión testicular:** Es una urgencia quirúrgica que requiere un tratamiento precoz para preservar la viabilidad del testículo. Se puede realizar detorsión quirúrgica o manual controlada por ecografía (en caso de ser exitosa se realizará orquidopexia posterior).

- **Epididimitis/orquiepididimitis:** Tratamiento médico sintomático mediante reposo y fármacos antiinflamatorios. Se recomienda llevar ropa interior ajustada. Ante la sospecha de infección de orina, se iniciará tratamiento antibiótico empírico frente a Gram + y Gram con: cefuroxima a 20-30 mg/kg/día durante 7-10 días. En caso de alergia a betalactámicos niños mayores podemos usar ciprofloxacino: 20-40 mg/kg/día durante 10-14 días. Dichos tratamientos se reevaluarán con los resultados del cultivo y antibiograma.

En caso de cumplir cualquiera de las siguientes condiciones, se ingresará al paciente y se iniciará tratamiento con cefotaxima (100-150 mg/kg/día en 3 dosis):

- Edad inferior a 3 meses.
- Afectación del estado general.
- Dolor intenso que no responde a antiinflamatorios.
- Vómitos o intolerancia a la vía oral.
- Falta de respuesta tras 48-72 horas de tratamiento ambulatorio.
- Sospecha de complicaciones (absceso testicular).
- Factores de riesgo de infecciones graves (malformaciones urológicas, reflujo vesicoureteral, inmunosupresión).

Cuando existen datos de sospecha de epididimitis de transmisión sexual, la pauta antibiótica más recomendada se basa en la asociación de ceftriaxona (1 dosis: 500 mg i.m/iv) y doxiciclina 100 mg/12 h, 14 días, pudiendo utilizar como alternativas ofloxacino 200 mg cada 12 horas durante 14 días o levofloxacino 500 mg cada 24 horas vía oral durante 10 días.

- **Torsión de hidátide:** Reposo y analgesia pautada. La mejoría es progresiva hasta la resolución del cuadro clínico a los 7-10 días. Se recomienda llevar ropa interior ajustada. Solo se indica el tratamiento quirúrgico en los casos de dolor refractario al tratamiento médico o en aquellos episodios recidivantes.

- **Traumatismo testicular:** Reposo y tratamiento analgésico y antiinflamatorio. En los casos de ruptura, hematoma compresivo o sospecha de torsión testicular, está indicada la exploración quirúrgica.

Bibliografía

1. Srinivasan A, Cinman N, Feber KM, et al. History and physical examination findings predictive of testicular torsion: an attempt to promote clinical diagnosis by house staff. *J Pediatr Urol* 2011; 7:470.
2. Somekh E, Gorenstein A, Serour F. Acute epididymitis in boys: evidence of a post-infectious etiology. *J Urol* 2004; 171:391.
3. Santillanes G, Gausche-Hill M, Lewis RJ. Are antibiotics necessary for pediatric epididymitis? *Pediatr Emerg Care* 2011; 27:174. Schalamon J, Ainoedhofer H, Schleef J, et al. Management of acute scrotum in children--the impact of Doppler ultrasound. *J Pediatr Surg* 2006; 41:1377.
4. Boettcher M. Differentiation of Epididymitis and Appendix Testis Torsion by Clinical and Ultrasound Signs in Children. *Pediatr Urology* 2013.
5. Yagil Y. Role of Doppler Ultrasonography in the Triage of Acute Scrotum in the Emergency Department. *Ultrasound Med* 2010; 29:11–21
6. Julve Villalta E. Escroto agudo. En: Actualización en medicina de urgencias. Hospital Clínico Universitario de Málaga Vol 1. Ed 2001-2002.
7. Erikci VS. Treatment of acute scrotum in children: 5 years' experience. 30th National Annual Meeting of the Turkish Association of Pediatric Surgeons (October 17-20, 2012, Ankara, Turkey).
8. Garthwaite M. The implementation of European Association of Urology guidelines in the management of acute epididymo-orchitis. *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 89: 799–803
9. Espinosa R. Escroto agudo en Molina JC, Dominguez G, de la Torre M. Manual Urgencias Pediátricas HIUNJ. Madrid: Ergon 2008.
10. Sharp VJ Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *Am Fam Physician*. 2013 Dec 15;88(12):835-40.
11. Workowski KA, Bolan GA. Centers of Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64:1.
12. Brenner J, Ojo A. Causes of scrotal pain in children and adolescents. Uptodate. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-scrotal-pain-in-children-and-adolescents>
13. Cristoforo TA. Evaluating the necessity of antibiotics in the treatment of acute epididymitis in pediatric patients: a literature review of retrospective studies and data analysis. *Pediatr Emerg Care*. 2017.