Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1123

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1857 - ESTUDIO DE UNA ORQUITIS EN PACIENTE CON ADENOIDECTOMÍA PROSTÁTICA

I. Poyato Zafra[a], J.A. Marín Relaño[b] y E. Molina Hurtado[a]

[a]Médico Residente de 1er año de Médicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años con antecedentes personales de trombosis venosa profunda y adenodectomía prostática. Acude a consulta de AP (Atención Primaria) en marzo de 2015 con cuadro de inflamación testicular de 5 días de evolución, posterior a una intervención quirúrgica de próstata, sin mejoría tras 4 días de toma de ciprofloxacino 750 mg. Se comienza estudio de la orquitis en AP y posterior derivación para valoración por servicio de urología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: teste derecho inflamado, tumefacto, duro. De consistencia pétrea con aumento de tamaño y no doloroso. Analítica: hemograma: hemoglobina 11,2; leucocitos 19.030 con 15.580 neutrófilos; plaquetas 472.000. Bioquímica normal. Orina: leucocitos 70; nitritos positivos; hematíes 80. Evolución: dado que las pruebas complementarias en AP no esclarecen el origen de la orquitis se remite al paciente al servicio de urología que solicita estudio con ecografía escrotal y seguimiento por dicho servicio. La ecografía doppler resulto ser completamente normal sin hallazgos de interés y se propuso como posible origen de la orquitis una iatrogenia durante la cirugía previa (adenodectomía prostática). El paciente mejoró con el tratamiento consistente en amoxicilina 1 g/clavulánico 62,5 m, tobramicina 100 mg y prednisona. En la actualidad el paciente se encuentra controlado con este tratamiento.

Juicio clínico: Orquitis.

Diagnóstico diferencial: Parotiditis. Varicocele. Torsión testicular. Epididimitis. Infarto testicular. Orquitis iatrogénica.

Comentario final: La patología del escroto agudo es un tema muy amplio en el que debemos descartar sucesivamente diferentes diagnósticos. En primer lugar la ausencia de dolor nos haría dudar por un lado del infarto testicular, el cual se acompañaría de dolor y se suele referir al hemiescroto afectado (nuestro paciente presentaba inflamación generalizada). Por otro lado la ausencia de dolor nos descartaría también la torsión testicular. El varicocele sería fácilmente descartable dado que la ecografía Doppler realizada por el servicio de urología resulto totalmente normal. La causa que mas no debía hacer dudar podría ser la epididimitis ya que constituye la causa más frecuente de escroto agudo en mayores de 18 años. Fuimos capaces de descartarla dada la sintomatología y el cultivo negativo para Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorreae. La parotiditis quedo descartada debido a la ausencia de inflamación de parótidas así como la ausencia

de dolor facial y de garganta. Finalmente se planteo la posibilidad de una orquitis iatrogénica por la cirugía prostática. Las razones para pensar en esta entidad fueron el estrecho margen entre la cirugía y el inicio de los síntomas (5 días) en el paciente lo cual nos hizo pensar en una posible diseminación de algún germen a través del canal que se establece en esta región.

BIBLIOGRAFÍA

1. Budía Alba A, Jiménez Cruz JF. Síndrome escrotal agudo. Jano. 2000;1363:55-63.

2. Lerner R, Mevorach RA, Hulbert WC, Rabinowitz R. Color Doppler US in the evaluation of acute scrotal disease. Radiology. 1990;176:355-8.

3. Barada JH, Weingarten JL, Cromie WJ. Testicular salvage and age related delay in the presentation of testicular torsion. J Urol. 1989;142:746-8.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.