



242/1804 - DE LA INFLAMACIÓN A LA ISQUEMIA

A. Mateo Cárdenas^a, A. Peñato Luengo^b, A. Bárcena Atalaya^c, M. Catalina Moñino^a, E. Subires Arnedo^d y C. Prieto Justicia^e

^aMédico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Sur. Sevilla. ^bMédico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

^cMédico de Familia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ^dMédico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. ^eMédico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 14 años, con asma alérgico como único antecedente, que acudió a urgencias de centro de salud por dolor testicular derecho súbito, asociado a náuseas, diagnosticándose de orquiepididimitis, con prescripción de antibioterapia empírica. Tras la persistencia de la clínica dolorosa, y la aparición de fiebre, acude a su médico.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presentaba dolor a la palpación de teste derecho, con leve edema y eritema asociado, signo de Prehn negativo, y reflejo cremastérico abolido. Ante la sospecha de torsión testicular, se derivó a las urgencias hospitalarias para valoración. Se realizó analítica completa donde destacaba leucocitos ligera con predominio neutrofílico y PCR 60 mg/dL. Se procedió a realizar ecografía testicular donde se observó teste derecho sin vascularización, con áreas hipoecoicas compatibles con focos de necrosis/abscesificación, y cordón imposible de seguir, lo cual sugiere giro del mismo; hidrocele reactivo, epidídimo aumentado de tamaño sin vasos (resumen: testículo necrótico con posible sobreinfección). Tras el diagnóstico, se realizó orquiectomía derecha urgente.

Juicio clínico: Torsión testicular derecha. Necrosis testicular secundaria.

Diagnóstico diferencial: Torsión de apéndice testicular (o torsión de hidátide), orquiepididimitis, hidrocele o varicocele. Tanto el quiste de epidídimo como la neoplasia testicular no entrarían a priori dentro del diagnóstico diferencial, puesto que no debutan con dolor.

Comentario final: Ante un síndrome escrotal agudo, tenemos que tener en cuenta las características y la rapidez de presentación de la clínica dolorosa, ya que éste será el factor más decisivo para orientar el estudio y marcará la actuación terapéutica posterior, con la posibilidad de convertirse en una urgencia médica, en cuyo caso la actuación será antes de las seis horas del inicio del dolor, y pasado este tiempo, el riesgo de lesión grave testicular se vuelve elevado, inclusive ocasionando la pérdida funcional del teste.

Bibliografía

1. Llobet A, Pou R. Escroto agudo. AMF. 2013;9(9):519-22.
2. Eyre R. Evaluation of acute scrotum in adults. UpToDate. Disponible en:
<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-acute-scrotum-in-adults>.

Palabras clave: Torsión testicular. Necrosis.