



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

216/105 - Dolor testicular. ¿Es siempre un escroto agudo?

E. Lovell^a, C. del Pozo Vegas^b, F.J. Campillo Tomaino^c, E. Sánchez^c, J.V. Esteban Velasco^b y A. Hambardzumyan^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Victoria. Valladolid. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Canterac. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 42 años de edad que consulta a su médico de Atención Primaria por presentar dolor agudo y masa indurada en teste derecho de 3 días de evolución. No presentó fiebre ni clínica miccional. No recordaba eventos traumáticos aunque había realizado trabajos forzados los días previos. El paciente fue derivado al Servicio de Urgencias para realizar estudios complementarios.

Exploración y pruebas complementarias: No se observaba eritema escrotal ni varices superficiales. Destaca a la palpación una masa muy dolorosa de consistencia dura alojada en bolsa escrotal derecha sin poder precisar si es dependiente o no del teste derecho, no se apreció testículo indurado. El signo de Prehn fue negativo y la transluminación fue negativa. La maniobra de Valsalva no produjo cambios en la exploración. La valoración del testículo contralateral no ofreció hallazgos patológicos. Analítica: sistemático de sangre: leucocitos: 6.700, bioquímica general a destacar una PCR: negativa. Examen sistemático de orina: normal. Ecografía: teste y bolsa escrotal izquierda sin alteraciones ecográficas. En bolsa escrotal derecha se apreciaba un testículo de eco estructura normal y vascularización conservada desplazado inferiormente y ligeramente comprimido por una imagen de masa sólida, con eco estructura discretamente heterogénea que mostró vascularización y que se desplazaba con la maniobra de Valsalva. No se apreciaron asas intestinales o peristaltismo. Cubiertas escrotales sin alteraciones. Existía un discreto hidrocele.

Juicio clínico: Hernia escrotal de contenido epiploico.

Diagnóstico diferencial: Hernia intestinal, neoplasia de testículo y/o epidídimo primaria o metastásica, hematoma testicular, torsión testicular, torsión de apéndices epididimarios, varicocele, orquiepididimitis.

Comentario final: El escroto agudo es una urgencia urológica que aparece especialmente en las primeras décadas de la vida, la valoración de la historia clínica y la exploración física ayuda a orientar la sospecha diagnóstica pero la prueba definitiva es la exploración ecográfica. En el caso de nuestro paciente se confirmó la sospecha diagnóstica de herniación de masa abdominal, sin embargo, pese a que las hernias de asa intestinal son las más frecuentes, se objetiva una entidad poco común que es la herniación de porción del mesenterio intestinal. Los hallazgos que ayudan al diagnóstico diferencial son la ausencia de luz intestinal, ausencia de peristaltismo, y la ausencia de vascularización circular alrededor de un asa intestinal. Los movimientos de la masa intestinal con la maniobra de Valsalva apunta al origen abdominal de la misma. La entidad más urgente sería la torsión testicular que se descarta al apreciar los flujos doppler del parénquima testicular, las masas de origen neoplásico se descartan valorando la homogeneidad del parénquima testicular e integridad de la túnica albugínea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arce V, José D. Región inguinal: ultrasonografía. Rev Chil Radiol. 2004;10:58-69.
2. Andreus RH, Solís AL. Utilidad del Ultrasonido en el diagnóstico de las hernias inguinales. Rev Chil Radiol. 2011;17: 93-8.
3. Murphy KP, O'Connor OJ, Maher MM. Adult Abdominal Hernias. American Journal of Roentgenology. 2014;202:W506-11.