Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 2042

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/2505 - LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES

S. Gil García[a], M. Galán Berasaluce[b], I. Iniesta Hernández[c] y R. Provencio Hernando[d]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. [d]Médico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30años natural de Marruecos, sin antecedentes médicos de interés. Acude a Urgencias por dolor en testículo izquierdo de 24h de evolución, sin traumatismo previo ni fiebre. El dolor es constante, no irradiado y mejora con la elevación del testículo. No presenta síndrome miccional. Niega relaciones sexuales de riesgo. Refiere haber realizado tratamiento hace una semana con Augmentine 875/125 mg durante 7 días y antiinflamatorios por dolor en región mandibular.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 127/83 mmHg. FC: 87 lpm. Tª: 36,4 ºC,. SatO2: 98%. Cabeza y cuello: adenopatías submandibulares de 1 cm, no patológicas. Abdomen: sin alteraciones. Región inguinal: No adenopatías patológicas. No se palpa hernia inguinal. Genital: testículos normoposicionados, no aumento de volumen, no eritematosos ni calor a la palpación. No lesiones dérmicas. Teste izquierdo con reflejo cremásterico conservado, signo de Prehn +, trasluminiscencia -. Analítica: no leucocitosis ni neutrofilia, PCR normal. Perfil renal y hepático normal. Sedimento de orina: sin alteraciones. Serología parotiditis: IgM positiva.

Orientación diagnóstica: La clínica y la exploración física descartaban una torsión testicular. El antecedente de dolor en región mandibular nos hizo sospechar una parotiditis la semana previa, confirmándolo mediante serología.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial del escroto agudo incluye causas vasculares como torsión testicular, hidátide Morgagni o infarto testicular, causas traumatológicas o causas infecciosas como orquioepididimitis o abscesos testiculares. Otras patologías: tumores testiculares, hidrocele, varicocele, quiste epidídimo o hernia inguinal incarcerada.

Comentario final: Ante un escroto agudo es necesario hacer un diagnóstico diferencial rápido, dado que la torsión testicular es una patología tiempo-dependiente. El tipo más frecuente de orquitis, la orquitis urliana, aparece en el 20-30% de los pacientes pospuberales que pasan una infección por el virus de la parotiditis. La presentación puede ser bilateral en el 30% de los casos. Entre las complicaciones de la orquiepididimitis destaca: formación de abscesos, infarto testicular, atrofia testicular o infertilidad. La incidencia depende del estado de vacunación de la población, siendo la parotiditis una enfermedad de declaración obligatoria. Las medidas de control ante un caso

consisten en el aislamiento respiratorio. Es preciso realizar un estudio de los contactos, investigando sus antecedentes de vacunación. Se ofrecerla la inmunización de contactos susceptibles a los nacidos a partir de 1966 y no vacunados.

Bibliografía

1. Eyre RC. Evaluation of acute scrotal pain in adults. UpToDate, 2018.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013.

Palabras clave: Escroto agudo.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.