

347/3549 - SÍNDROME DE ESCROTO AGUDO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

D. García Moreno^a, I. Cuesta Bermejo^b, I. Moreno de Juan^c y E. Tobal Vicente^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 17 años con AP de hidrocele en 2013 y 3 episodios de orquiepididimitis izquierda en 18 meses, acude al Servicio de Urgencias por dolor testicular izquierdo irradiado a zona inguinal más signos inflamatorios de 3 días de evolución. Asocia sensación nauseosa. Acudió a MAP y dados los AP, se inicia tratamiento con ciprofloxacino 500 mg (1-0-1) y Enantyum 25 mg (1-1-1). Afebril. Leve disuria, no tenesmo vesical, no polaquiuria ni hematuria. No traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias: REG por intenso dolor, CyO, NH, palidez cutánea. TA: 125/78. FC: 98. T^a: 37,4 °C. Abdomen: blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, no doloroso a la palpación, no masas ni megalías. RHA +. Puñopercusión renal negativa. Exploración genital en bipedestación: ambos testes en bolsa, edema escrotal, signo de Gouverneur +, intenso dolor a la palpación con palpación pétrea de testículo izquierdo. Signo de Prehn -, epidídimo en posición anterior con engrosamiento, reflejo cremastérico negativo. Analítica: Hb 15,4. Leucocitos 13.000. Plaquetas 380.000. PCR 7,3. Orina con presencia de 26 hematíes/campo y leucocituria. Ecografía de escroto: testículo izquierdo aumentado de tamaño, ecogenicidad heterogénea, con áreas lineales hipoeucogénicas, sin demostrarse flujo arterial ni venoso al Doppler color. Cordón espermático izquierdo engrosado, con ausencia de flujo al Doppler color en zona más distal. Epidídimo izquierdo de tamaño y morfología normal con ausencia de flujo. Hidrocele izquierdo. Testículo derecho dentro de límites de normalidad. Posteriormente entra en quirófano como emergencia urológica y se realiza orquiectomía izquierda.

Orientación diagnóstica: Torsión cordón espermático testículo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones circulatorias (torsión cordón espermático, torsión de hidatide de Morgagni, tumefacción testicular secundaria a hernia incarcerada). Alteraciones inflamatorias (epididimitis, orquitis). Traumatismo escrotal. Picaduras. Tumores testiculares de crecimiento rápido. Edema escrotal idiopático. Edema en púrpura de Schönlein Henoch.

Comentario final: Analizar y evaluar el abanico de causas de escroto agudo de dicho paciente a su llegada a Urgencias, ya que dicha patología está considerada como emergencia por lo que incidimos en una buena anamnesis y exploración física. Aunque sea de extremada utilidad analizar los AP del paciente, no debemos confiar y administrar un tratamiento de manera sistemática.

Bibliografía

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

Palabras clave: Torsión. Testículo. Epididimitis. Exploración.