

## 330/20 - DOLOR ESCROTAL AGUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Oscullo Yepez<sup>1</sup>; J. Oscullo Yepez<sup>2</sup>; M. Pejenaute Labari<sup>3</sup>; R. Iniesta García<sup>1</sup>; Á. Sáez Fernández<sup>3</sup>; T. Martín de Rosales Cabrera<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; <sup>2</sup>Estudiante de Medicina. Universidad Internacional del Ecuador. Pichincha.; <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; <sup>4</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 81 años con antecedentes personales de diabetes, hipertensión, LLC, IAM anterolateral e ictus parietooccipital derecho tras lo cual es portador de sonda vesical permanente. Acude a consulta de Atención Primaria por referir desde hace una semana dolor progresivo a nivel escrotal y desde hace 48 horas aumento del volumen testicular derecho, eritema y edema en piel de hemiescroto ipsilateral, acompañado de disminución de la diuresis. No dolor abdominal, ni síntomas urinarios. Niega otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física:Afebril, estable hemodinámicamente, destaca en zona genital pene edematoso, hemiescroto derecho aumentado de volumen e intensamente doloroso a la palpación sin conseguir palparse testículo, piel escrotal suprayacente con zona de aspecto necrótico de 3cm, ligeramente fluctuante. Testículo izquierdo anodino cuya piel suprayacente es eritematosa. Periné normal sin crepitación. Pruebas complementarias: Se realiza ecografía en el CS: Testículo derecho dentro de bolsa escrotal de 2,9 cm, ecogenicidad homogénea sin lesiones en su interior, pero se observa una colección peritesticular de ecogenicidad heterogénea y tabicada, asociado a cubiertas aumentadas de grosor. Testículo izquierdo de ecogenicidad homogénea, epidídimo normal, leve hidrocele. Se deriva a su hospital de referencia. En la analítica destaca glucemia:347mg/dl; Cr:1,7mg/dl (basal entre 1,5-2 mg/dl); Hb:8,7 g/dl (previa:9,7g/dl); Leucocitosis:30.300 mm<sup>3</sup> sin neutrofilia, Plaq:180.000/mm<sup>3</sup>; INR:1,33; PCR:303 mg/l y procalcitonina:0,56 ng/ml. Se inicia antibioticoterapia con meropen previa a exploración quirúrgica y drenaje.

**Juicio clínico:** ORQUIEPIDIDIMITIS ABSCESIFICADA.

**Diagnóstico diferencial:** Torsión testicular o de apéndice testicular, gangrena de Fournier, traumatismo, hernia inguinal, cáncer testicular, dolor referido (aneurisma aorta abdominal, urolitiasis, apendicitis retrocecal,tumor retroperitoneal).

**Comentario final:** La importancia en la evaluación del dolor escrotal agudo radica en identificar la patología subyacente, ya que precisa intervención médica o quirúrgica urgente. La causa más común en adultos es la orquiepididimitis aguda, cuya incidencia es de 600000 casos/año, el retraso en el diagnóstico y tratamiento asocia un aumento considerable de la morbilidad. La segunda causa es la torsión testicular cuyo diagnóstico precoz evita la pérdida del teste, infertilidad y otras complicaciones. La clínica se caracteriza por dolor testicular localizado con aumento de volumen a la palpación del epidídimo afectado. En fases más avanzadas se presentan con dolor e inflamación testicular con eritema de la pared escrotal y un hidrocele reactivo. Puede

asociar progresión sistémica grave con afección de las estructuras circundantes, fiebre y síntomas urinarios. La orquiepididimitis aguda es más comúnmente de etiología infecciosa (N.Gonorrhoeae,C.Trachomatis,E.Coli,Pseudomonas), pero también puede ser por causas no infecciosas subagudas o crónicas (traumatismos, enfermedades autoinmunes). El diagnóstico se basa fundamentalmente en la anamnesis y exploración física para descartar otras causas que requieren una intervención urgente. Las pruebas complementarias a considerar son: básico de orina, urocultivo, cultivo de secreción uretral y ecografía. El tratamiento varía de acuerdo con su gravedad, debe administrarse antibióticos de forma empírica (ceftriaxona, doxiciclina, levofloxacino), antiinflamatorios no esteroideos, aplicación frío local y elevación escrotal. Los pacientes con orquiepididimitis aguda generalmente deben mejorar dentro de las 48-72 horas después de comenzar la terapia antibiótica adecuada. Caso contrario se deben considerar otras causas de dolor escrotal, puesto que pacientes con factores de riesgo pueden requerir hospitalización.

## Bibliografía

Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1.

Voelzke BB, Hagedorn JC. Presentation and Diagnosis of Fournier Gangrene. Urology 2018; 114:8.