

Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



CASO CLÍNICO

Hematoma escrotal idiopático

Miguel Ángel López-Aramburu^{a,*}, Ana Vereas Martínez^b,
Juan L. Carvajal Ledesma^c, José A. Merino Bonilla^c y Pablo Peña Pérez^d

^a Servicio de Urología, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España

^c Servicio de Radiología, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España

^d Unidad de Enfermería Urológica, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España

Recibido el 25 de enero de 2013; aceptado el 16 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Hematoma;
Escroto;
Hemorragia
espontánea

Resumen Los hematomas escrotales son entidades patológicas frecuentes en la práctica clínica habitual. La relativa exposición del escroto a potenciales traumatismos (accidentes de tráfico, deportes violentos, agresiones intencionadas, etc.), la no despreciable cifra de iatrogenia quirúrgica (en relación con la gran cantidad de cirugías locoregionales que se realizan diariamente: vasectomías, cirugía herniaria, cirugía del varicocele, del escroto, etc.) y la cada vez mayor utilización de terapias anticoagulantes, así lo demuestran. Lo que ya no es tan frecuente es la aparición de lo que proponemos denominar hematomas escrotales criptogenéticos. Estas entidades forman una abigarrada miscelánea debida a afecciones infrecuentes, e incluso idiopáticas (de causas imposibles de filiar), como los 2 casos objeto de esta comunicación. Su diagnóstico es difícil y debe ser preciso para un correcto abordaje de su tratamiento, evitando cirugías innecesarias o llevando a cabo aquellas que estén indicadas, ya que en no pocos casos puede tratarse de una enfermedad grave.

Los hematomas escrotales idiopáticos o criptogenéticos suelen ser manifestaciones locales de complejas dolencias sistémicas o asociaciones de ellas en un mismo paciente y momento.

Por todo lo anteriormente expuesto, un enfoque multidisciplinar se impone, así como la utilización de todos los medios diagnósticos disponibles y una vigilancia estrecha hasta la resolución. Los 2 casos que comunicamos intentan ilustrar lo dicho y ayudar, a través de su conocimiento, a resolver posibles futuras situaciones similares.

© 2013 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Haematoma;
Scrotum;
Spontaneous
Hemorrhage

Idiopathic scrotal hematoma

Abstract Scrotal hematomas are frequent pathological conditions in the usual clinical practice. These include the relative exposition of the scrotum to potential traumatismos (traffic accidents, violent sports, intentional aggressions, etc.), the large number of surgical iatrogenia (in relation to the large number of locoregional surgeries performed daily: vasectomies,

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: malaburu@gmail.com, malaramburu@yahoo.es (M.Á. López-Aramburu).

hernia surgery, varicocele surgery, scrotal surgery, etc.) and the increasingly greater use of anti-coagulant therapies. However, the appearance of what we propose to call cryptogenic scrotal hematomas is not so frequent. These conditions form a miscellaneous collection due to infrequent, and even idiopathic conditions (with causes that are impossible to classify) such as the 2 cases being reported herein. They are difficult to diagnose, and this diagnosis should be precise in order to correctly approach their treatment and to avoid unnecessary surgeries or to carry out those indicated, since it may be a serious condition in many cases.

Idiopathic or cryptogenic scrotal hematomas are generally local manifestations of complex systemic conditions or associations of them in a single patient and time.

Due to the above, a multidisciplinary approach must be made, using all the diagnostic means available, along with close monitoring until their resolution. An attempt is made in both cases reported to illustrate the above and to help, through their knowledge, to resolve possible future similar situations.

© 2013 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los hematomas escrotales (HE) son entidades patológicas frecuentes en la práctica clínica habitual. La relativa exposición del escroto a potenciales traumatismos (accidentes de tráfico, deportes violentos, agresiones intencionadas, etc.), la no despreciable cifra de iatrogenia quirúrgica (en relación con la gran cantidad de cirugías locorregionales que se realizan diariamente: vasectomías, cirugía herniaria, cirugía del varicocele, del escroto, etc.) y la cada vez mayor utilización de terapias anticoagulantes, así lo demuestran^{1,2}.

Lo que ya no es tan frecuente es la aparición de lo que proponemos denominar hematomas escrotales criptogénicos (HEC). Estas entidades forman una abigarrada miscelánea debida a afecciones infrecuentes, e incluso idiopáticas (de causas imposibles de filiar), como los 2 casos objeto de esta comunicación. Su diagnóstico es difícil y debe ser preciso para un correcto abordaje de su tratamiento, evitando cirugías innecesarias o llevando a cabo aquellas que estén indicadas, ya que en no pocos casos puede tratarse de una enfermedad grave.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 59 años de edad que acude al Servicio de Urgencias pues al despertarse (tras la siesta) aprecia que presenta un hematoma que le afecta todo el escroto.

Trabajador en una industria de pinturas, entre sus antecedentes personales destaca que ha sido diagnosticado de hipoplasia renal derecha evidenciada por una ecografía realizada en el curso de una gastroenteritis (nunca ha presentado clínica urológica). Las urografías demostraron un riñón derecho pequeño, funcional, con verticalización del eje mayor, compatible con riñón hipoplásico. No toma medicación alguna y no se constatan ni alergias ni antecedentes quirúrgicos.

A la exploración se constata un gran hematoma que afecta a todo el escroto, pene y parte del hemiabdomen inferior (fig. 1). No presenta dolor a la palpación, masas ni crepitaciones.

En el estudio analítico presenta hemograma, estudio bioquímico y estudio de coagulación normales. En el sedimento de orina se aprecia leucocituria y microhematuria significativas, así como flora bacteriana intensa. El cultivo de orina



Figura 1 Caso 1. El hematoma en el momento álgido.

es positivo al observarse incontables UFC/ml de *Escherichia coli*.

Se realiza ecografía abdominal, donde únicamente destaca la existencia de un riñón derecho de pequeño tamaño (80×25 mm), siendo el resto del estudio compatible con la normalidad. La TC confirma el hallazgo del riñón derecho de pequeño tamaño, con hipertrofia renal izquierda compensadora. El resto del estudio, sin hallazgos significativos.

Se programa ingreso con reposo, cobertura antibiótica profiláctica y observación. En las primeras 24 h parece observarse un leve aumento del hematoma (aumenta 2-3 traveses de dedo sus límites en la pared abdominal inferior). La analítica de control presenta una leve disminución de la hemoglobina (de 14,5 a 14,1) y un descenso de 3 puntos del hematocrito (de 44,8 a 41,5). La creatinina se eleva de 1,04 a 1,20).

En los días posteriores se produce una estabilización tanto clínica como analítica, y posteriormente, regresión del hematoma.

Se procede, por parte del Servicio de Hematología, a estudio de agregabilidad plaquetaria y despistaje de enfermedad de Von Willebrand, con normalidad absoluta de los parámetros estudiados.

Caso 2

Varón de 9 años de edad, remitido a Urgencias de nuestro hospital por su pediatra, por HE.

Presenta antecedentes de queratitis herpética hace un año y de neumonías y crisis broncoespásticas en relación con asma infantil. Sigue tratamiento actualmente con aciclovir tópico por herpes oftalmológico.

El cuadro comienza hace escasas horas con dolor testicular derecho brusco y agudo. Al mismo tiempo comienza a notarse una coloración violácea de la parte inferior del escroto. En el momento del interrogatorio clínico el dolor ha desaparecido espontáneamente, sin tratamiento alguno.

Se descarta cualquier tipo de traumatismo directo o indirecto, reciente o tardío.

La exploración general, abdominal y escrotal, salvo la presencia de mancha violácea en la parte inferior del escroto sugierente de hematoma, es absolutamente normal (fig. 2).

Analítica de sangre y orina rigurosamente normal.

Ecografía abdominal normal y ecografía escrotal con teste izquierdo de tamaño ligeramente inferior al derecho. Se aprecia flujo vascular en ambos testículos con el estudio doppler color. Resto del estudio dentro de la normalidad.

Con el diagnóstico de HE por posible rotura de varicocele se instaura tratamiento con AINE, reposo y observación.

El hematoma progresa en los días siguientes hasta afectar escroto, raíz de pene y periné (fig. 3), y remite posteriormente sin dejar secuelas. Ulteriores y reiterados controles ecográficos y analíticos ratifican la absoluta normalidad.

Discusión

Los HEC engloban una serie de entidades patológicas infrecuentes de muy diversas etiologías y potencialmente graves una gran mayoría de ellos^{3,4}.

Son entidades difíciles de diagnosticar y, a diferencia de los HE simples, que suelen manejarse de forma

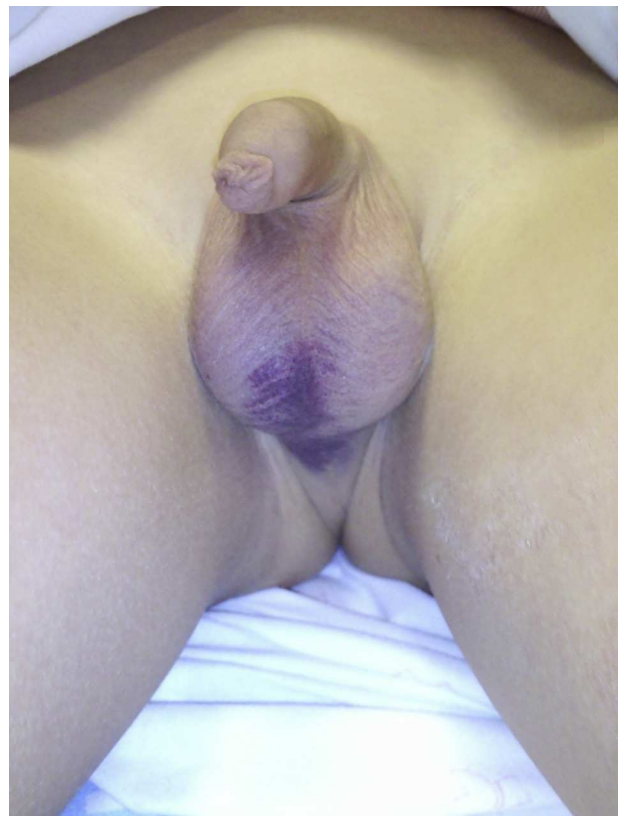


Figura 2 Caso 2. Hematoma a las pocas horas de instauración.

conservadora, aquellos precisan tratamientos muy específicos y diversos^{5,6}.

Los HEC podemos clasificarlos según su etiología, pudiendo ser debidos a:

- a) Traumatismos abdominales indirectos (rotura esplénica) o directos (relaciones sexuales intempestivas)⁷.
- b) Rotura de varicocele.
- c) Sangrados en el espacio retroperitoneal (hemorragias de la glándula suprarrenal⁸, poslitotricias (LEOCh)², rotura de aneurismas aórticos y malformaciones arteriovenosas.

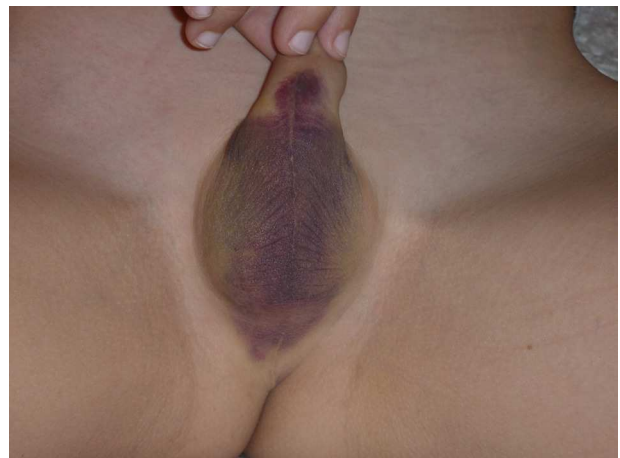


Figura 3 Caso 2. El hematoma a las 24 h de su aparición.

- d) Enfermedades sistémicas (púrpura de Schölein-Henoch, poliarteritis nudosa)⁹.
- e) Idiopáticos.

En algunos casos pueden superponerse varias causas de las descritas, lo que complica el diagnóstico, y nos podemos encontrar con un traumatismo en paciente con discrasias sanguíneas¹, etc.

El abordaje inicial de los HEC debe basarse en una historia clínica detallada y minuciosa (antecedentes, forma de presentación, posibles causas desencadenantes, medicaciones concomitantes, traumatismos no sospechosos, etc.). Especial hincapié se debe hacer en traumatismos recientes, por leves que puedan parecer, esfuerzos físicos violentos y prácticas deportivas de riesgo (deportes de contacto), etc.

La exploración debe extenderse mucho más allá del escroto y sus contenidos. Debe realizarse una minuciosa y pormenorizada inspección general y abdominal (petequias, equimosis, tenues cambios de coloración de la piel, etc.), así como una palpación abdominal completa y detallada.

Entre las pruebas complementarias destacamos la analítica básica, imprescindible en la atención de Urgencias (hemograma, bioquímica, sistemático de orina, sedimento, etc.), y la ecografía como pilar básico inicial. La ecografía abordará tanto el escroto como toda la cavidad abdominal. Especial hincapié hay que hacer en el estudio de la integridad del bazo e hígado, presencia de aneurismas, etc. También, estudio del espacio retroperitoneal, riñones, glándulas adrenales, retroperitoneo inferior, presencia de líquido libre peritoneal^{5,8}, etc.

No es muy probable que localicemos con exactitud el lugar del sangrado, pero nos cercioraremos de la integridad del bazo e hígado, descartaremos dilataciones aneurismáticas, posibles malformaciones, etc. Un especial cuidado se deberá seguir en el estudio de las glándulas adrenales^{4,8}.

Si el paciente es un niño se impone la atención multidisciplinar, para lo que se recabará la imprescindible colaboración del pediatra.

Los estudios hematológicos de coagulación específicos no suelen estar disponibles, algunos de ellos, por su complejidad en el área de Urgencias, pero tampoco debemos ignorarlos. Se recurrirá a ellos siempre que sospechemos discrasias sanguíneas y será el hematólogo el que oriente los mismos.

La tomografía computarizada y los estudios de resonancia magnética y gammagráficos⁶ complementan la ecografía. Su utilización dependerá de su disponibilidad y de la resolución diagnóstica de la ecografía.

El tratamiento está totalmente vinculado a la etiología. En ausencia de un diagnóstico consistente la observación vigilada se impone, con reiteración de estudios ante cualquier evolución anómala. Lógicamente no se puede dar un pauta general de tratamiento, dada la diversidad de causas etiológicas anteriormente citadas.

Conclusiones

Los HE son entidades relativamente frecuentes en la práctica urológica diaria. Los debidos a traumatismos de todo tipo y cirugías locorregionales son los más frecuentes, y su manejo es bien conocido. El resto son debidos a una

miscelánea de etiologías de muy diverso origen, y en no pocas ocasiones de causa confusa, oscura e indescifrable (HEC), y algunos casos son potencialmente graves.

Exigen un cuidadoso y minucioso balance diagnóstico, que en no pocos casos es difícil, y en el que el tiempo disponible nunca es aliado, jugando en nuestra contra.

Los HE idiopáticos o criptogenéticos suelen ser manifestaciones locales de complejas enfermedades sistémicas o asociaciones de ellas en un mismo paciente y momento.

Por todo lo anteriormente expuesto, un enfoque multidisciplinar se impone, así como la utilización de todos los medios diagnósticos disponibles y una vigilancia estrecha hasta la resolución. Los 2 casos que comunicamos intentan ilustrar lo dicho y ayudar, a través de su conocimiento, a resolver posibles futuras situaciones similares.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ekeke ON, Nwauche CA. An uncommon cause of massive penoscrotal haematoma. *Niger J Med.* 2004;13:64-6.
2. Vega-Vega A, Crespo-Toral F, Rodríguez-Lamelas JM. Hematoma escrotal como primera manifestación de hematoma retroperitoneal tras litotricia extracorpórea. *Actas Urol Esp.* 2008;32:360-2.
3. Sujka SK, Evans EJ, Nigam A. Delayed rupture of the spleen presenting as a scrotal hematoma. *J Urol.* 1986;26:85-6.
4. Raveenthiran V, Cenita S, Viswanathan P. Stabler's sign revisited in a spontaneously ruptured neuroblastoma of the newborn. *Am J Perinatol.* 2008;25:17-20.
5. Lerman SH, Lerman PH. Spontaneous idiopathic hematoma of the spermatic cord: A case report of 2 cases. *J Urol.* 1981;125:130-1.
6. Thakore K, Falman W. Bell-clapper appearance in scrotal hematoma. *Clin Nucl Med.* 1993;18:711-2.
7. Pascual-Regueiro D, Borque-Fernando A, García-Jalón Martínez A, Rioja Sanz JL. Hematoma escrotal tras relación sexual. *Actas Urol Esp.* 2002;26:75.
8. Ibáñez-Godoy I, Mora-Navarro D, Delgado-Rioja MA, Losada-Martínez A, Herrera del Rey C. Hematoma escrotal unilateral. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:477-8.
9. Gómez-Parada J, Puyol-Pallas M, Vila-Cots J, Comesias-González MJ, Gallastegui-Dañobeitia JC. Escroto agudo y púrpura de Schölein Henoch. Presentación de 2 nuevos casos. *Arch Esp Urol.* 2001;54:168-70.