

# Aumento de volumen escrotal

M. Rouprêt, F. Audenet

*El proceso diagnóstico de una tumefacción escrotal debe tener en cuenta su carácter agudo o crónico, la existencia de un antecedente traumático o de un dolor asociado y el estado inflamatorio o infeccioso. En la mayoría de los casos la exploración física resulta suficiente para establecer el diagnóstico. Sin embargo, ante todo es importante descartar las urgencias quirúrgicas: torsión del cordón espermático y hernia inguinoescrotal estrangulada.*

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Esperma; Hemospermia; Hematuria; Cáncer de próstata; Prostatitis

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Etiología</b>	1
Aumento de volumen escrotal agudo doloroso	1
Aumento de volumen escrotal crónico indoloro	2
■ <b>Tratamiento</b>	3
Exploración física	3
Pruebas complementarias	3
■ <b>Conclusión</b>	3

## ■ Introducción

El aumento de volumen del escroto es un frecuente motivo de consulta. Sus principales causas son el hidrocele y la hernia inguinoescrotal. Sin embargo, en la primera consulta se han de descartar las urgencias quirúrgicas (torsión del cordón espermático o hernia inguinoescrotal estrangulada) y sólo entonces orientar el diagnóstico según el contexto y la clínica. El aumento de volumen escrotal supone un trastorno del contenido de la bolsa y puede afectar a la piel, al dartos, al testículo, al epidídimo, a la vaginal (expansión del peritoneo alrededor del testículo) o al cordón espermático<sup>[1]</sup>.

## ■ Etiología

El diagnóstico se orienta con base en la edad, el carácter crónico o agudo, el antecedente de traumatismo, el dolor y las características de las bolsas (volumen, temperatura, transluminación).

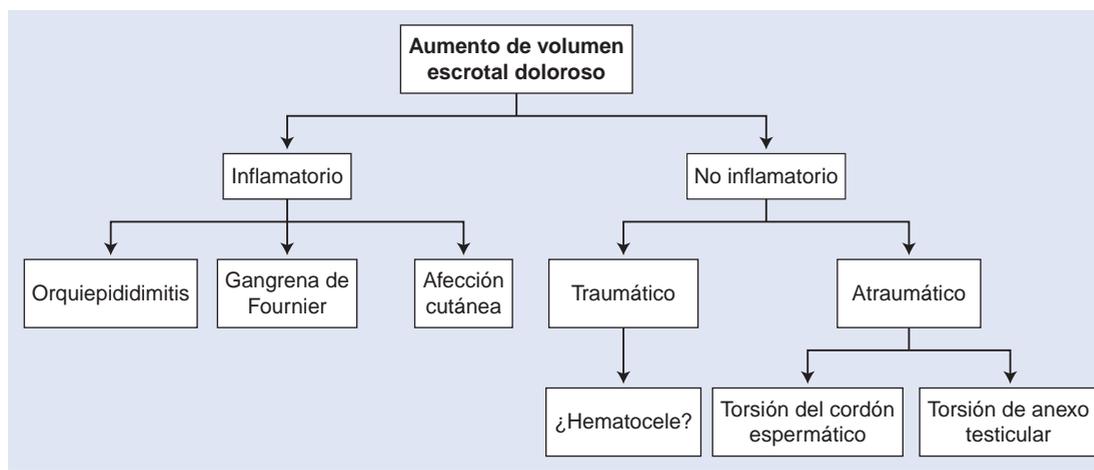
## Aumento de volumen escrotal agudo doloroso (Fig. 1)

### Torsión del cordón espermático

Aunque la torsión del cordón espermático no provoca un verdadero aumento del volumen testicular, puede traer consecuencias tan graves que es imprescindible sospecharla en cualquier alteración dolorosa del testículo. Se trata de una urgencia quirúrgica en la que el pronóstico funcional del testículo depende del plazo transcurrido hasta el tratamiento. Dado que ninguna prueba complementaria puede diagnosticar con certeza una torsión del cordón espermático, ésta es una de las pocas afecciones urológicas en las que una simple sospecha clínica autoriza la exploración quirúrgica de urgencia<sup>[2]</sup>. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, se observan dos picos de frecuencia: el primer año de vida y el período puberal. Así pues, mientras la cirugía no haya demostrado lo contrario, se considera que una tumefacción aguda dolorosa de testículo en un niño o en un adolescente es una torsión del cordón espermático. La conservación del testículo depende principalmente de la duración del cuadro y del grado de torsión. Sin embargo, a menudo se pasan por alto las alteraciones del testículo contralateral<sup>[3]</sup>.

### Torsión de los anexos testiculares

Se trata de una situación benigna (el tejido necrótico se resorbe sin dejar ninguna secuela), pero la presentación clínica de las torsiones de los anexos testiculares plantea frecuentes problemas de diagnóstico. La desproporción entre la intensidad de los dolores y el tamaño de los apéndices testiculares suele hacer temer una torsión del cordón espermático. Sin embargo, el dolor es menos vivo y muy a menudo se localiza en el polo superior del testículo, donde se puede palpar una pequeña masa dolorosa (hidátide de Morgagni pediculada o sésil). El núcleo opaco y azulado (*blue dot sign*) que puede verse por transluminación a través de la piel escrotal tiene valor patognomónico<sup>[4]</sup>. La exploración escrotal permite el diagnóstico de certeza y, luego, posibilita la exéresis del apéndice testicular en cuestión.



**Figura 1.** Árbol de decisiones. Diagnóstico de un aumento de volumen escrotal agudo doloroso.

### Traumatismos testiculares

El contexto clínico es evidente. La exploración detecta un dolor escrotal más o menos intenso. La palpación resulta dolorosa. Puede haber un hematoma cutáneo o un derrame intravaginal (hematocele) que impide la distinción entre el testículo y el epidídimo. La ecografía escrotal revela el testículo subyacente e informa con mayor precisión acerca de las lesiones (ruptura de la albugínea, fractura, hematoma). Sin embargo, el resultado de la ecografía no siempre guarda relación con los hallazgos clínicos, por lo cual no ha de servir como argumento para postergar una exploración quirúrgica es de rigor cuando existe un hematocele y, de manera más general, en las tumefacciones escrotales traumáticas, para extirpar la pulpa testicular necrosada y cerrar la albugínea<sup>[5]</sup>. Si se puede palpar bien el testículo y no quedan dudas sobre la integridad de la albugínea, se han de administrar analgésicos y controlar la evolución.

### Orquiepididimitis

Las epididimitis, las orquitis y las orquiepididimitis verdaderas afectan principalmente a los adultos jóvenes, con una punta de frecuencia entre los 20-40 años. Son bilaterales en cerca del 10% de los casos. La mayoría de las veces son secundarias a una infección y se diseminan por vía retrógrada deferencial. Entre la pubertad y los 35 años, la epididimitis suele transmitirse por vía sexual. Los gérmenes incriminados más a menudo son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Antes de la pubertad y después de los 35 años, la orquiepididimitis aparece en el marco de las infecciones urogenitales, cuyas enterobacterias suelen ser responsables. Con frecuencia la infección se produce como consecuencia de una enfermedad urológica (sobre todo, una obstrucción del tracto urinario inferior)<sup>[6]</sup>. Se encuentra un escroto doloroso, inflamatorio y difícilmente palpable. A menudo hay fiebre. Mediante el tacto rectal se busca una prostatitis asociada. El estudio bacteriológico sirve para ajustar el tratamiento antibiótico según el germen identificado. Se buscan signos de complicaciones mediante una ecografía escrotal y se mantiene el testículo con un suspensorio.

### Gangrena de Fournier

Es una celulitis necrosante de los órganos genitales externos (OGE), muy a menudo secundaria a una causa local o regional (fístula anal, absceso del perineo, estenosis uretral con infección urinaria, traumatismo de los OGE, lesión cutánea infectada) que actúa en un contexto de fragilidad (diabetes, inmunosupresión, insuficiencia hepática). Las lesiones se producen por trombosis aguda de los capilares y por coagulopatía intravascular. La evolución, rápida y ruidosa, empieza por una molestia escrotal con febrícula y trastornos digestivos. En menos de 48 horas se observa un edema inflamatorio de los OGE, con crepitación subcutánea y fiebre. En la fase de estado existen zonas de necrosis extensas en el

periné y un síndrome séptico marcado. Esta urgencia medicoquirúrgica requiere hospitalización en terapia intensiva, tratamiento antibiótico contra los gérmenes anaerobios, heparinoterapia, oxigenoterapia hiperbárica y resección-limpieza quirúrgica de todas las zonas necróticas. El pronóstico es malo (30% de mortalidad)<sup>[7]</sup>.

### Aumento de volumen escrotal crónico indoloro (Fig. 2)

#### Hidrocele

Es una colección líquida peritesticular, intravaginal, generalmente de origen iatrogénico. Sin embargo, a veces aparece en reacción a un traumatismo, una epididimitis, una torsión del cordón espermático o un cáncer testicular. Puede presentarse de manera aislada o en el contexto de una anasarca. Al examinar el escroto se encuentra una masa renitente y transluminable, indolora pero que a veces causa molestias. El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación o en la plicatura de la vaginal. Con el tiempo, las paredes de algunos hidroceles se vuelven muy gruesas y dejan de ser transluminables (paquivaginitis)<sup>[8]</sup>.

Al nacer, el niño presenta un hidrocele fisiológico por persistencia de la permeabilidad del conducto peritoneovaginal, que normalmente se cierra hacia los 12 meses. La persistencia completa genera un hidrocele comunicante con la cavidad peritoneal. Cuando el conducto peritoneovaginal persiste parcialmente puede existir una hernia inguinal o un quiste del cordón si el resto queda aislado en un punto del trayecto.

#### Varicocele

Es una dilatación varicosa de las venas espermáticas, mucho más frecuente (90% de los casos) del lado izquierdo a causa de una insuficiencia valvular en la desembocadura de la vena espermática en la vena renal izquierda. El paciente consulta por un problema estético o por una sensación de peso doloroso escrotal al final del día o después de un esfuerzo. La exploración física detecta una tumefacción blanda por encima y detrás del testículo, la cual aumenta con la prueba de Valsalva y se atenúa con el decúbito. Es de rigor buscar un tumor renal asociado con trombo de la vena renal izquierda. El varicocele sintomático se puede tratar quirúrgicamente por ligadura de la vena espermática o radiológicamente por embolización<sup>[9]</sup>.

#### Tumor testicular

Un testículo grande e indoloro es canceroso mientras no se haya demostrado lo contrario, máxime en un varón joven. Por lo general es el propio paciente quien ha descubierto el aumento del tamaño del testículo, sin dolor ni ningún otro signo. A veces refiere simplemente una sensación de peso en el escroto o un dolor hipogástrico. Cuando existe una hemorragia intratumoral, el cuadro puede presentarse como un aumento de volumen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465374>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465374>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)