



¿QUÉ PODEMOS DIAGNOSTICAR EN EL SÍNDROME ESCROTAL AGUDO?

Montserrat Garrido Blázquez¹, Olga Montesinos Sánchez-Girón¹, Iria Álvarez Silva¹, Ana Vargas, Marta Lobo, Yoselin Dos Santos, Juan Carlos González, Joaquín Barjau

¹C.A Segovia, Segovia.



Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos de la patología escrotal aguda más frecuente y sus principales causas mediante revisión bibliográfica y casos de nuestro hospital.



Revisión del tema

- El escroto agudo es un cuadro clínico caracterizado por la aparición brusca de dolor que se puede acompañar de otras manifestaciones clínicas según la etiología del proceso como signos inflamatorios, vegetativos, dolor abdominal y fiebre.
- Las principales causas del síndrome escrotal agudo son la torsión, la orquiepididimitis y la torsión de los apéndices testiculares. Estas 3 causas constituyen el 95% de los casos.
- Otras causas a tener en cuenta, aunque menos frecuentes: tumor testicular, hernia inguinal incarcerada, traumatismo testicular, edema escrotal idiopático, vasculitis, entre otros.

Revisión del tema

- La técnica de elección en el estudio del síndrome escrotal agudo es la ecografía.
- Debe realizarse un estudio comparativo de ambos testes-epidídimos y un estudio doppler.
- Es importante realizar un diagnóstico lo más rápido posible porque de ello dependerá la viabilidad funcional del testículo en algunos casos.



Revisión del tema

EPIDIDIMITIS-ORQUIEPIDIDIMITIS

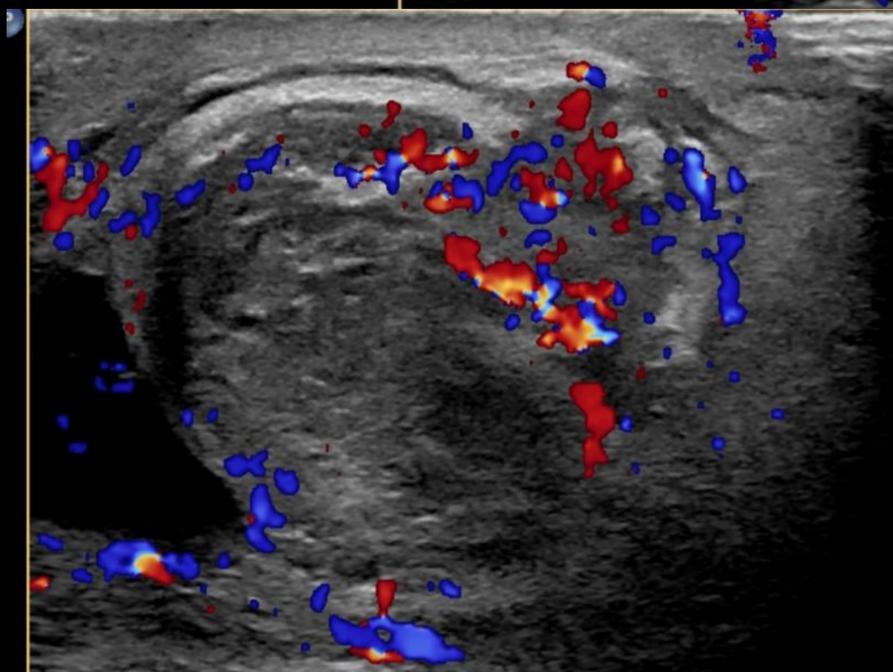
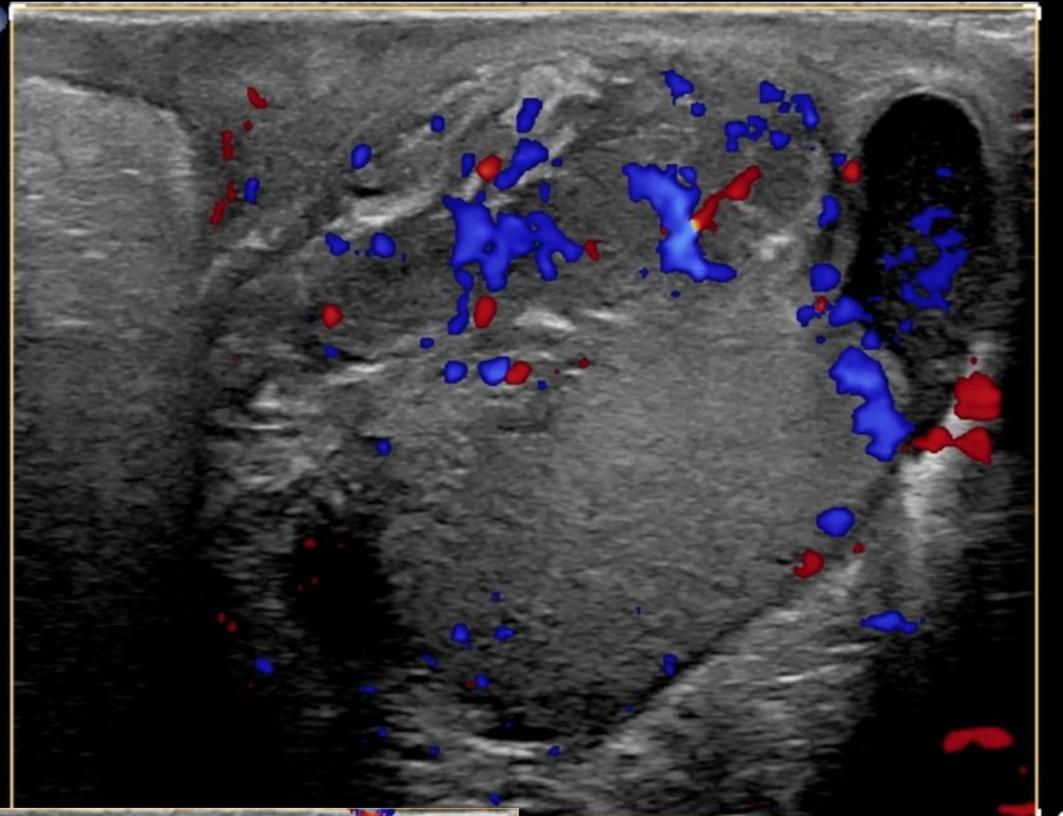
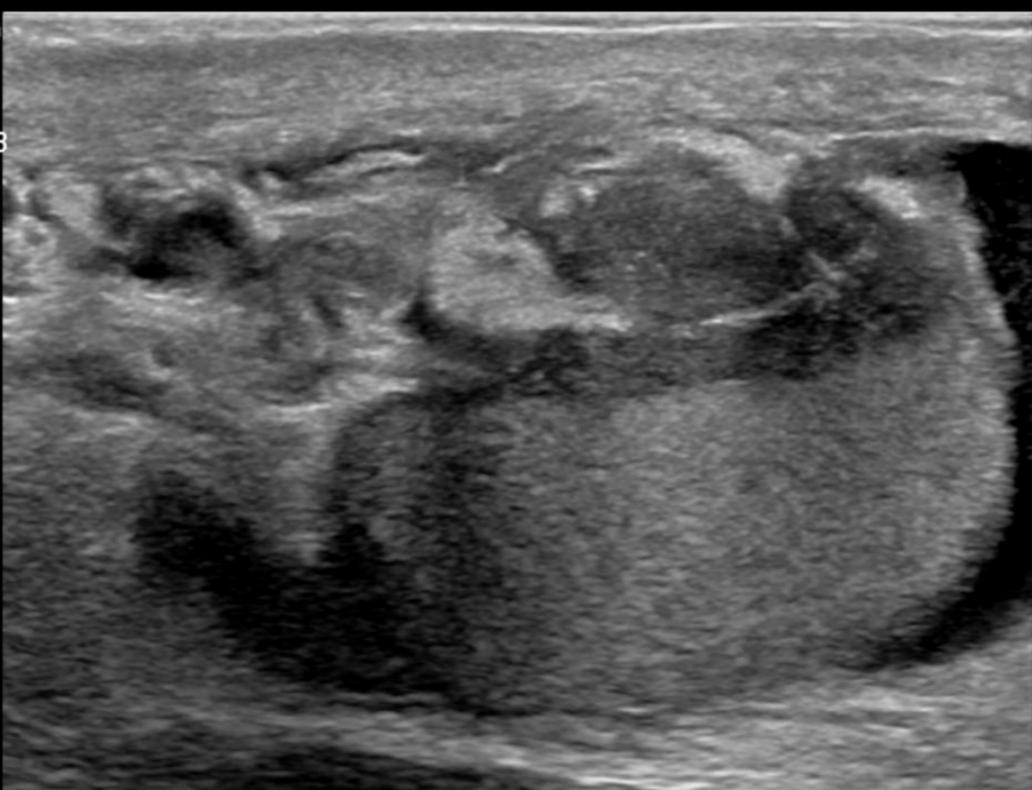
- Por lo general, la inflamación del epidídimo y del testículo se presenta conjuntamente.
- Es la causa más frecuente de escroto agudo en pacientes mayores de 18 años.
- Clínicamente el cuadro suele ser menos agudo y con dolor escrotal moderado. Puede acompañarse de compromiso del estado general, con decaimiento y fiebre.
- Exámen físico: edema y el eritema escrotal marcados. Testículo normosituado. Puede observarse alivio parcial del dolor con la elevación escrotal (signo de Prehn), cordón espermático doloroso, pero no engrosado y reflejo cremastérico conservado.

Revisión del tema

EPIDIDIMITIS-ORQUIEPIDIDIMITIS

- Hallazgos ecográficos:
 - Aumento tamaño.
 - Ecogenicidad disminuida o heterogénea.
 - Engrosamiento cubiertas escrotales.
 - Hidrocele reactivo.
 - Doppler color: aumento de vascularización con respecto al contralateral.

EPIDIDIMITIS-ORQUIEPIDIDIMITIS



4.5

Varón de 86 años con dolor escrotal. A la exploración se palpa testículo derecho con todo el epidídimo pétreo, muy doloroso a la palpación.

ECOGRAFÍA: engrosamiento de epidídimo e hiperemia.

Revisión del tema

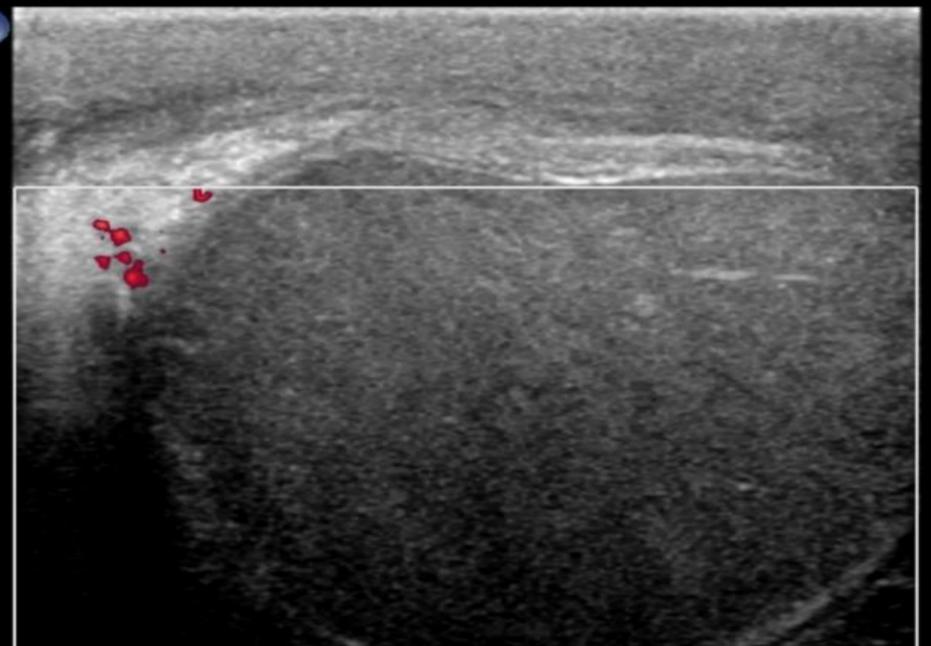
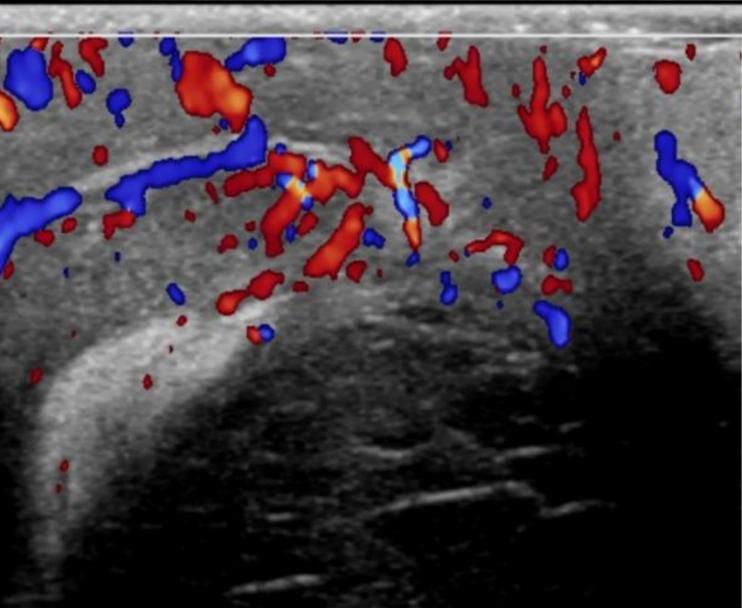
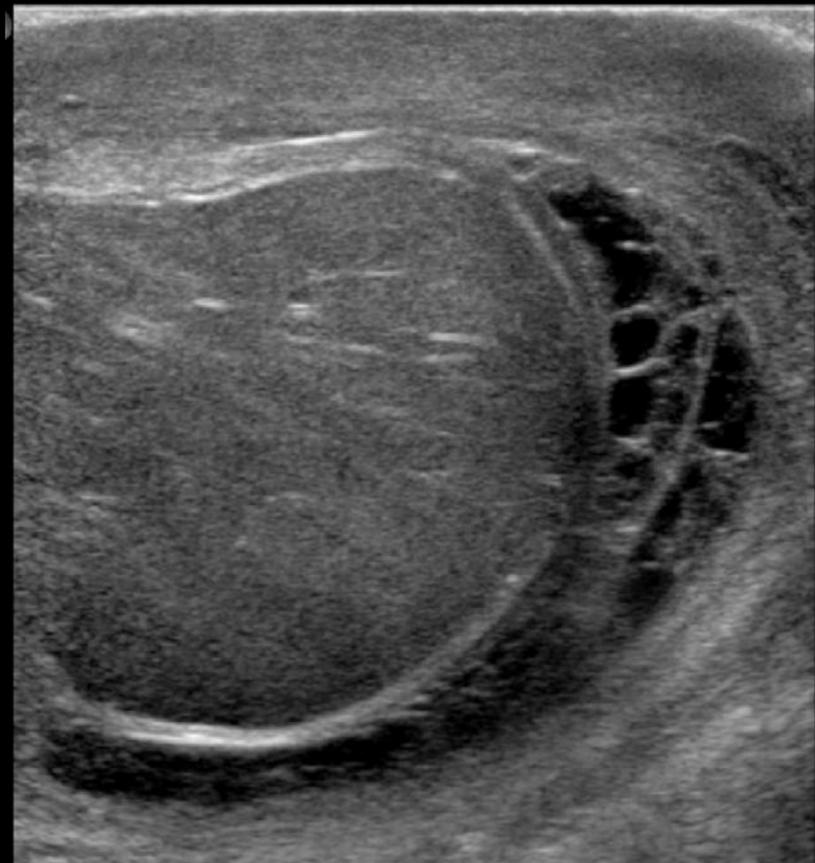
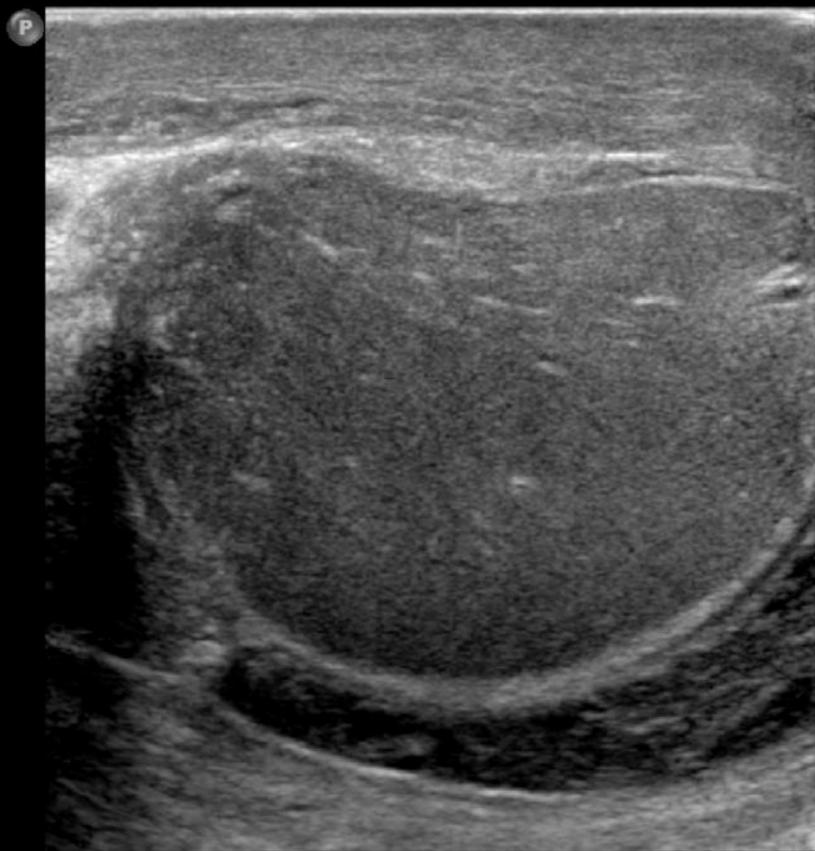
EPIDIDIMITIS-ORQUIEPIDIDIMITIS

■ Complicaciones

- Infarto : ausencia de flujo doppler . En fases tardías zonas de ecogenicidad disminuida.
- Absceso testicular : patrón heterogéneo, áreas quísticas complejas intratesticulares con hipervascularización periférica.
- Piocele: colección líquida entre las dos capas de la túnica vaginal con ecos en su interior, tabiques.

INFARTO-PIOCELE

Izq.

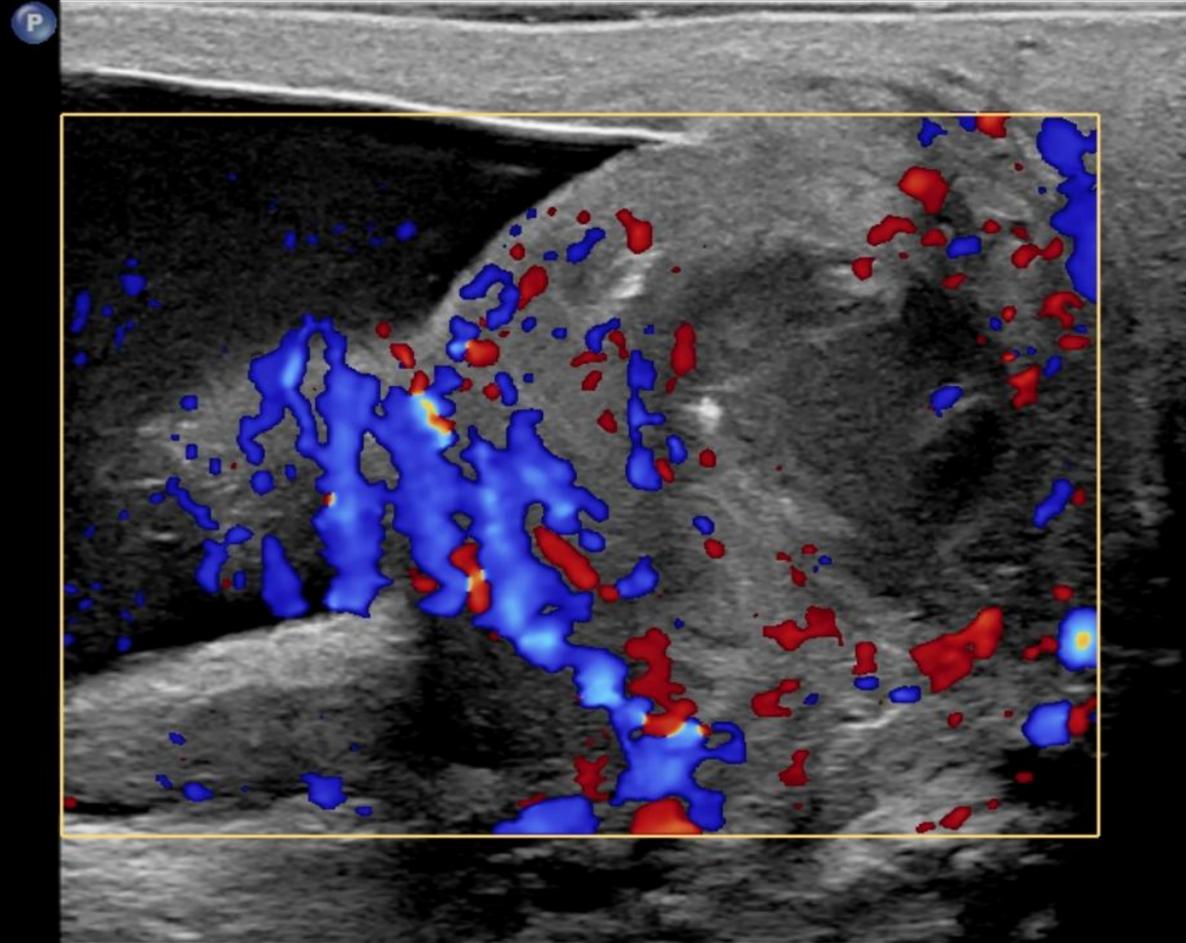


Paciente de 48 años con diagnóstico de orquiepididimitis en testículo izquierdo de 5 días de evolución en tratamiento con antibiótico. Inflamación eritema, inflamación y dolor a la palpación. Descartar absceso.

ECOGRAFÍA: Aumento de tamaño de teste izquierdo de predominio hipoecogénico, sin identificar señal doppler color intratesticular. Engrosamiento de las cubiertas y colección extratesticular heterogénea con áreas hiperecogénicas y tabicada (piocele).

Orquiectomía izquierda urgente: orquiepididimitis aguda complicada con necrosis extensa del epitelio germinal y parénquima testicular.

ABSCESO



Varón de 81 años. Dolor testicular derecho de una semana de evolución con mal control de dolor.

ECOGRAFÍA: engrosamiento de epidídimo e hiperemia. Imagen hipoecogénica, foco hiperecogénico y avascular compatible con absceso.



Revisión del tema

TORSIÓN

- La torsión del cordón espermático se considera una urgencia quirúrgica, puede evolucionar hasta el infarto de testículo con la consiguiente pérdida del órgano.
- Aunque los términos de torsión testicular y torsión del cordón espermático se utilizan de forma indistinta, la torsión testicular verdadera es muy rara y tiene lugar cuando el testículo se retuerce sobre el epidídimo.
- Clínica: Dolor testicular agudo e intenso que puede irradiar hacia la zona inguinal o hipogastrio. A la exploración se aprecia enrojecimiento y aumento del tamaño, testículo ascendido y horizontalizado (signo de Gouverneur positivo) y doloroso a la palpación con signo de Prehn negativo (la elevación del testículo hacia el canal inguinal aumenta el dolor), reflejo cremastérico esta abolido.



Revisión del tema

TORSIÓN

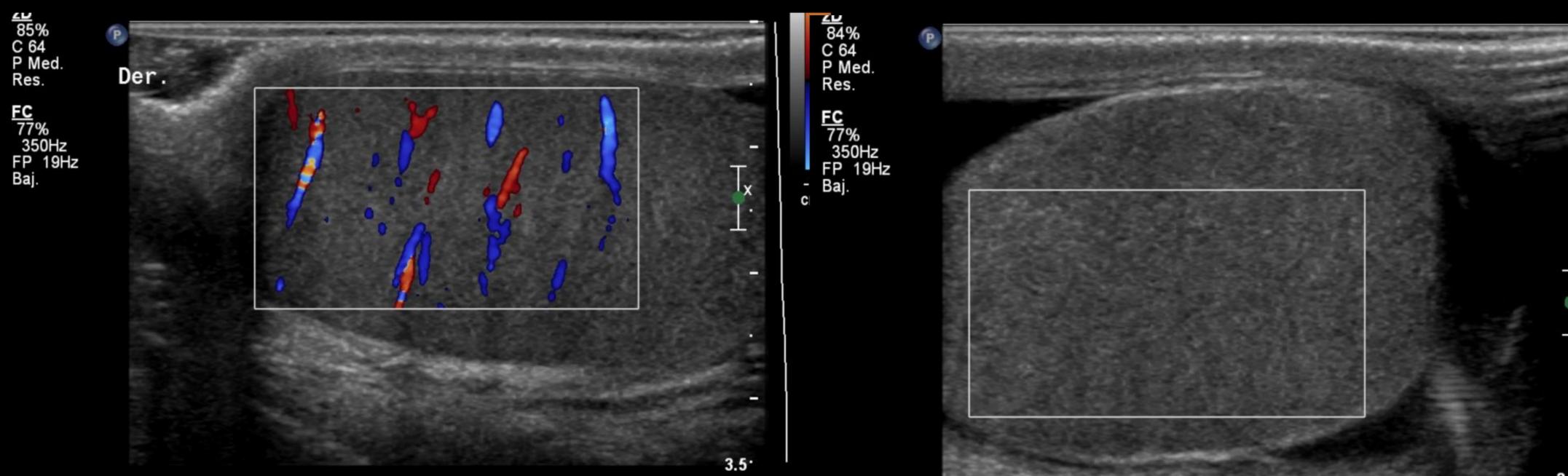
- La torsión del cordón espermático se considera una urgencia quirúrgica, ya que si no se establece el tratamiento en un plazo de 6 horas, puede evolucionar hasta el infarto de testículo, con la consiguiente pérdida del órgano.
- Aunque los términos de torsión testicular y torsión del cordón espermático se utilizan de forma indistinta, la torsión testicular verdadera es muy rara y tiene lugar cuando el testículo se retuerce sobre el epidídimo.

Revisión del tema

TORSIÓN

- Hallazgos ecográficos:
 - Aumento de tamaño de testículo o epidídimo con disminución de ecogenicidad.
 - Hidrocele , hematocele o engrosamiento de pared escrotal.
 - Masa extratesticular que corresponde al cordón espermático torsionado.
 - Áreas hipoecogénicas de necrosis o zonas hiperecogénicas por hemorragia. Fases tardías : el testículo disminuye de tamaño y ecogenicidad.
 - Doppler color hallazgo más común, ausencia de flujo. Fases subagudas puede haber aumento de flujo peritesticular, por lo que la presencia de flujo testicular no descarta la torsión.

TORSIÓN



Paciente varón de 15 años acude a Urgencias por dolor testicular izquierdo de 12 horas de evolución.

ECOGRAFÍA: Aumento de tamaño del teste izquierdo con ausencia de vascularización.

Intervenido de forma urgente, realizándose detorsión testicular y orquidopexia izquierda con evolución favorable.



Revisión del tema

TRAUMATISMO

- Los mecanismos de producción más frecuentes son accidentes de tráfico, lesiones deportivas o caídas a horcajadas.
- Hasta un 80% de los pacientes con traumatismo escrotal cerrado presentan lesiones testiculares o paratesticulares (contusión, hematocele, torsión testicular, hematoma testicular) y roturas testiculares en más del 40%.



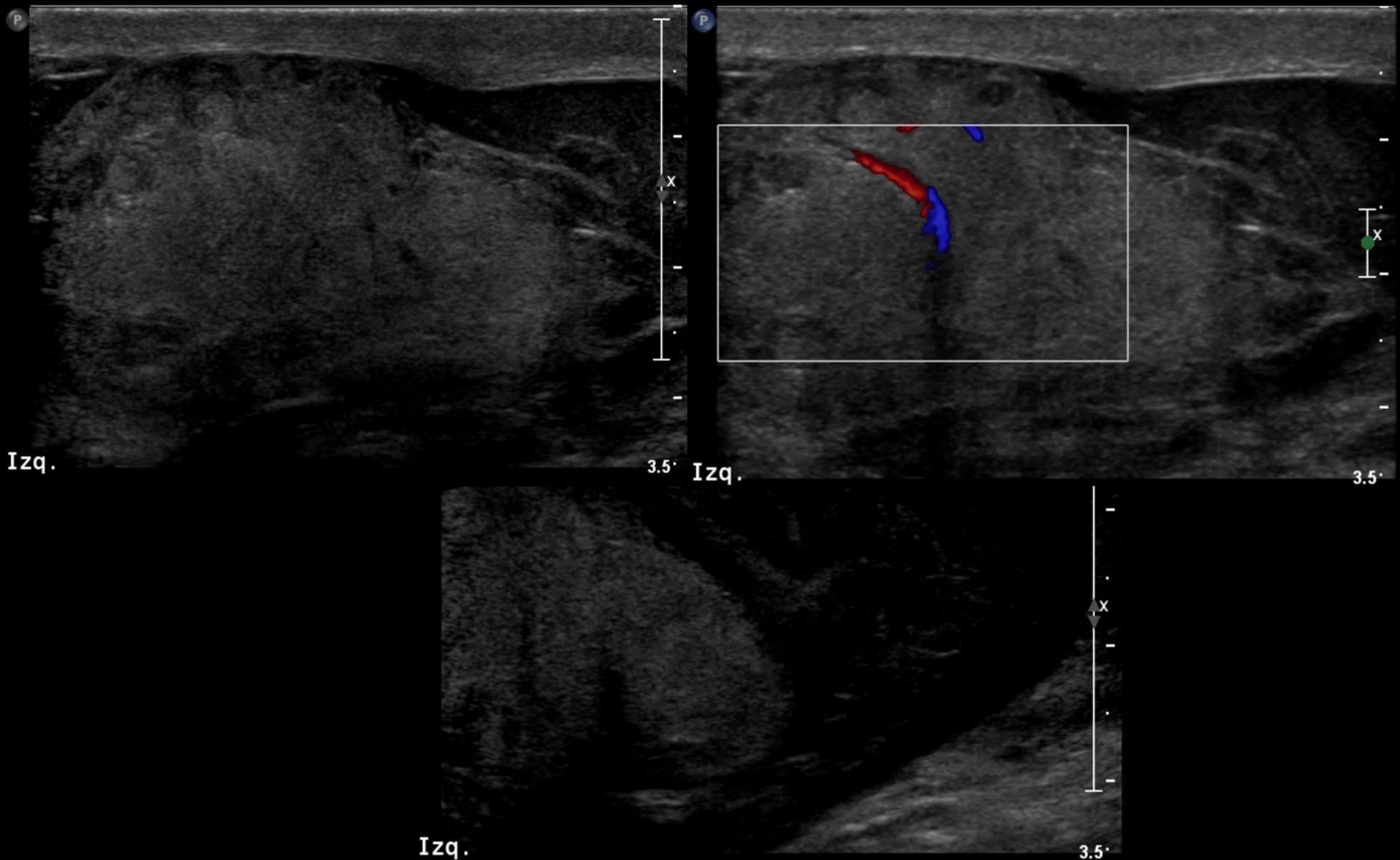
Revisión del tema

TRAUMATISMO

- Hallazgos ecográficos:
 - Discontinuidad de la albugínea
 - Patrón ecográfico heterogéneo del parénquima testicular y pérdida del contorno de la misma
 - Hematomas intratesticulares, en fase aguda isoecoicos y en fase crónica se verán como zonas hipoecogénicas con zonas quísticas y tabiques.
- Hematoma escrotal



TRAUMATISMO



Paciente de 32 años, accidente de moto con dolor, edema y equimosis teste izquierdo.

ECOGRAFÍA: Teste izquierdo desestructurado y heterogéneo compatible con contusión testicular con probable fractura. Zonas hipoeogéncias extratesticulares que pudieran corresponder a sangre dentro del escroto.

Intervención urgente: ruptura testicular con hematoma intra y extraparenquimatoso, que engloba anejos testiculares, con inflamación aguda asociada.

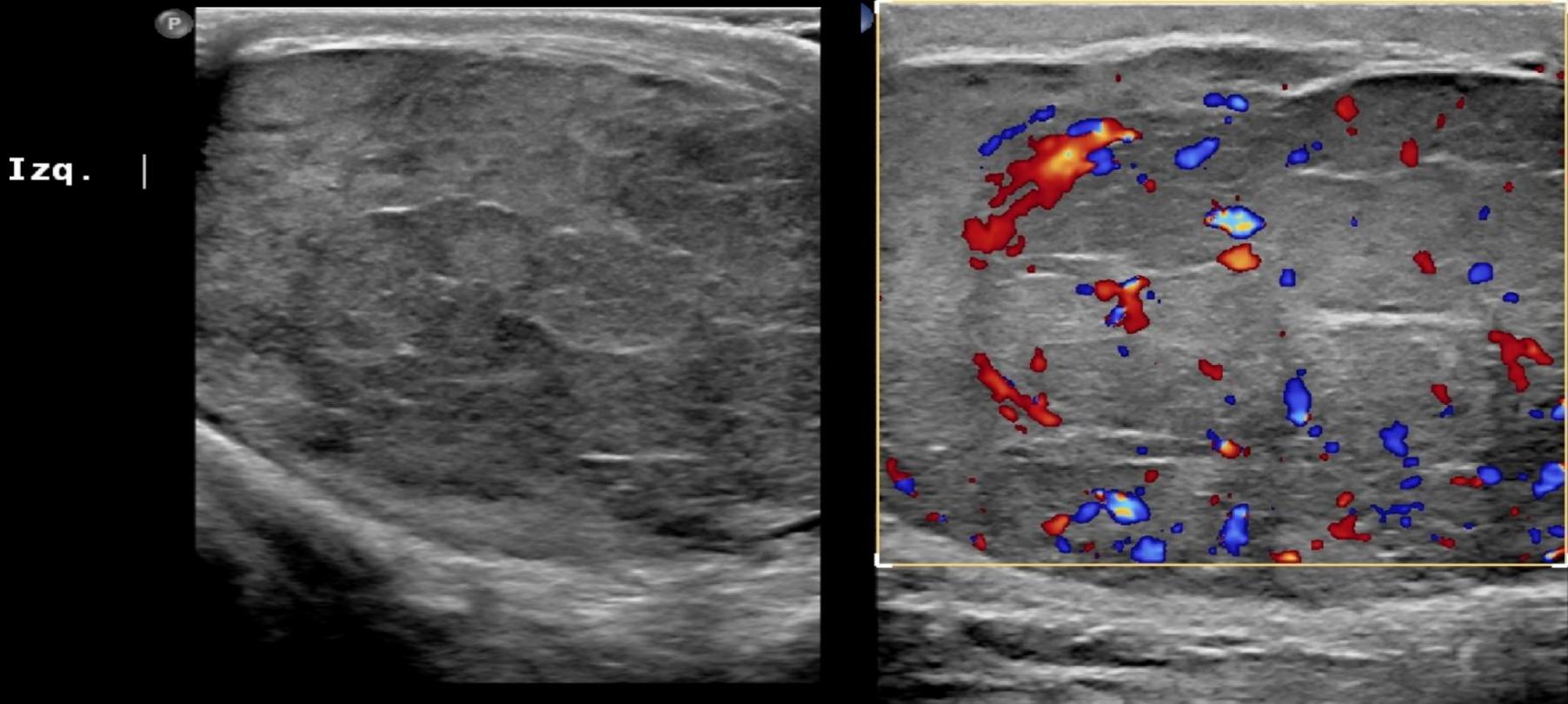


Revisión del tema

TUMOR TESTICULAR

- Aproximadamente el 95% son tumores germinales, siendo el seminoma el más frecuente (50%).
- Los hallazgos ecográficos pueden ser muy variables, un área focal o difusa de hipoecogenicidad en un testículo aumentado de tamaño o bien área heterogénea. En el estudio doppler color se aprecia aumento de la vascularización (indistinguible de un proceso inflamatorio).

TUMOR TESTICULAR

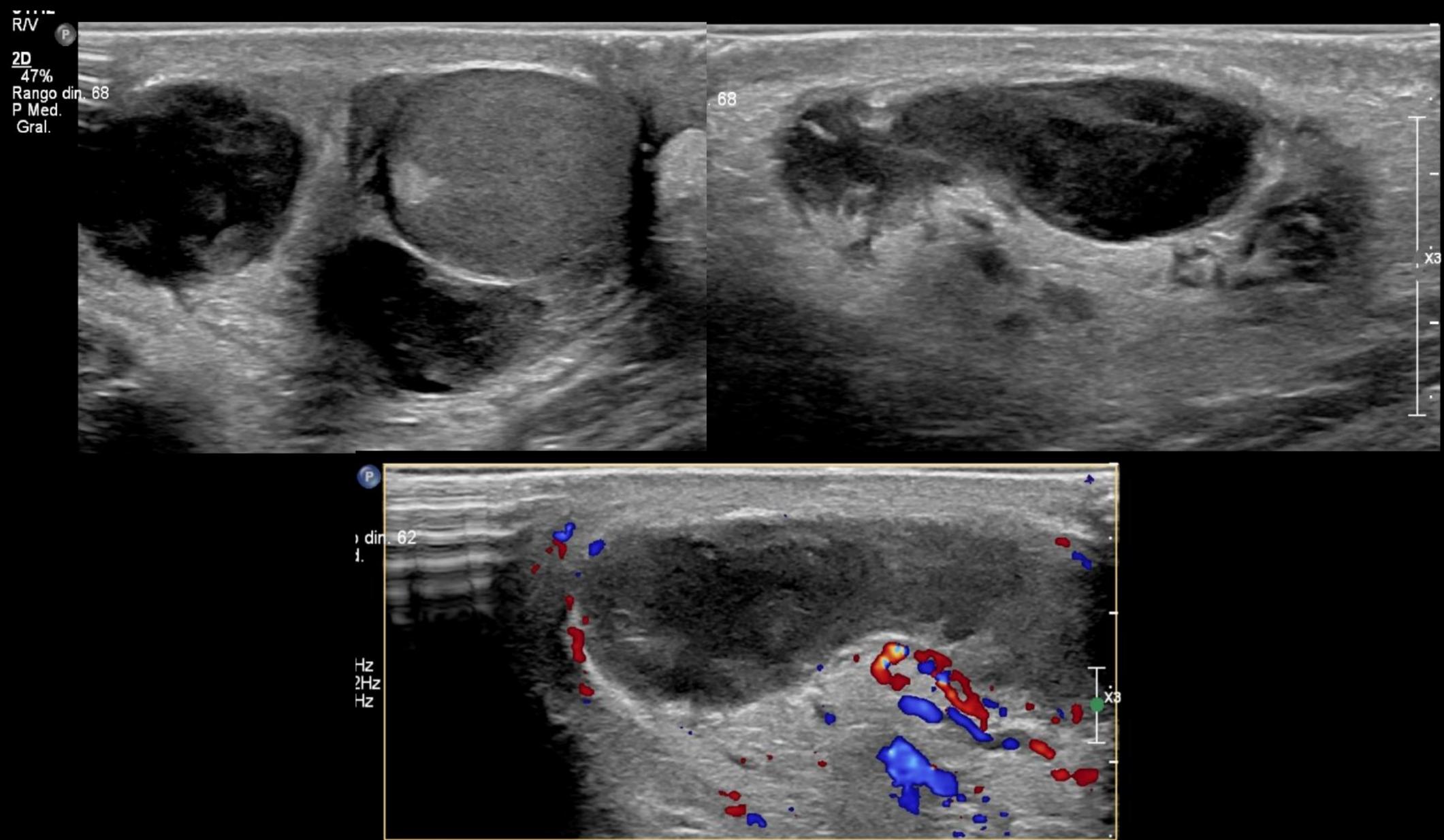


Varón de 38 años que acude a Urgencias por segunda vez por aumento de tamaño y molestias en testículo izquierdo.

ECOGRAFÍA: Aumento de tamaño y pérdida de ecoestructura del testículo izquierdo con múltiples áreas heterogéneas, con aumento de la vascularización.

Intervención quirúrgica programada: Tumor testicular de células germinales de tipo seminoma puro.

OTRAS CAUSAS



Adolescente de 12 años, con antecedentes de orquidopexia bilateral hace 10 días, tumefacción en testículo izquierdo. Refieren mucha inflamación postoperatoria, que ha ido cediendo en testículo derecho pero permanece en el izquierdo, con tumoración y dolor a ese nivel.

ECOGRAFÍA: Teste izquierdo de ecogenicidad normal y vascularización conservada. Se observa colección heterogénea de predominio hiperecogénico, peritesticular, compatible con colección-hematoma evolucionado.



Conclusiones

- La ecografía es la técnica de elección en el paciente con patología escrotal aguda.
- La exploración ecográfica debe incluir un estudio comparativo de ambos testes-epidídimos y un estudio doppler para una correcta valoración.
- Conocer los criterios diagnósticos y las distintas causas para hacer un diagnóstico diferencial lo más rápido posible y así facilitar un adecuado manejo, porque de ello dependerá la viabilidad funcional del testículo en algunos casos.