

Valoración de la patología infecciosa testicular en la urgencia: de la epididimitis a la gangrena de Fournier.

Alejandra Estévez Eijo, Juan Ignacio Gracia García, Jorge López Mareca, Paula Bas Alcolea, Eduardo Gómez Morón, Ricardo Ignacio Gómez Miranda, Amalia Aranz Murillo, M^a Beatriz Fernández Lago.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.



OBJETIVO DOCENTE

Los pacientes masculinos se presentan en ocasiones en la urgencia hospitalaria con dolor peniano y/o escrotal, pudiendo esto traducirse en un amplio abanico de patología: infecciones, isquemia, traumatismos....

La patología **infecciosa** escrotal incluye la epididimitis, orquitis, piocele y gangrena de Fournier. Los eventos isquémicos se pueden producir en un contexto de torsión, mientras que la isquemia del pene puede ocurrir en pacientes con priapismo o trombosis venosa.

Muchas de estas patologías se pueden considerar una emergencia, y un tratamiento no llevado a cabo a tiempo puede significar la pérdida de la función eréctil y de la fertilidad. Es por esto que se debe llevar a cabo un diagnóstico veloz y eficiente, para así poder instaurar tratamiento de forma rápida.

Las urgencias escrotales como la orquitis y la epididimitis se pueden evaluar adecuadamente con ecografía, mientras que la gangrena de Fournier se valora mejor mediante TC.

REVISIÓN DEL TEMA

EPIDIDIMITIS Y ORQUITIS

Gran parte de casos de epididimitis y orquiepididimitis tienen origen en una infección retrógrada bacteriana desde el tracto urinario (sobre todo N.Gonorrhoeae y C.Trachomatis en pacientes sexualmente activos, y E.Coli en niños y ancianos).

Ya que estos patógenos se diseminan de forma retrógrada, la cola epididimaria se afecta antes que el cuerpo y la cabeza. Por este motivo, es necesaria una buena inspección de la cola epididimaria para llevar a cabo un diagnóstico precoz en patología poco evolucionada.

Principales hallazgos ecográficos de la epididimitis:

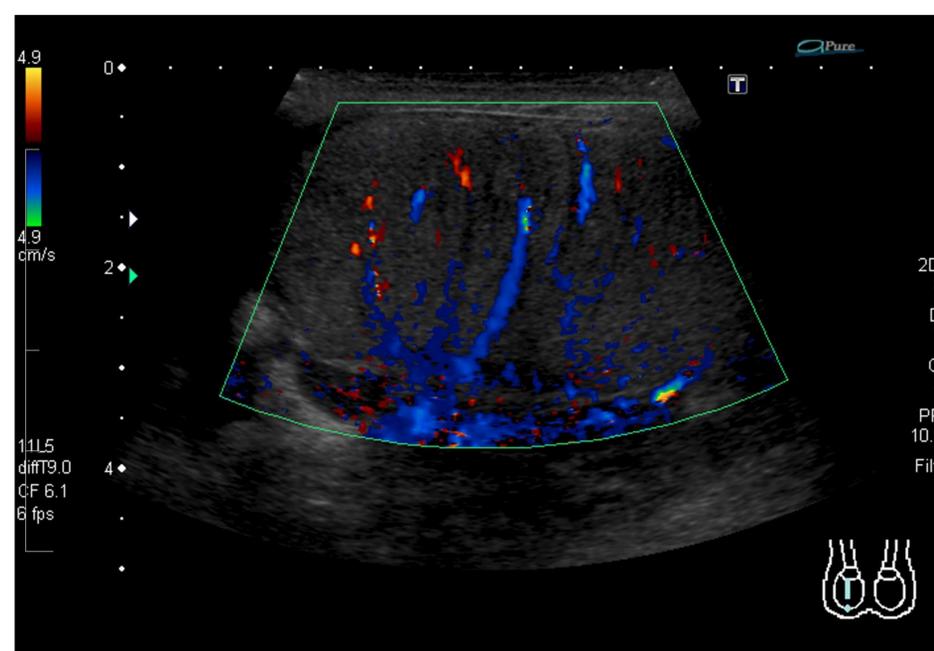
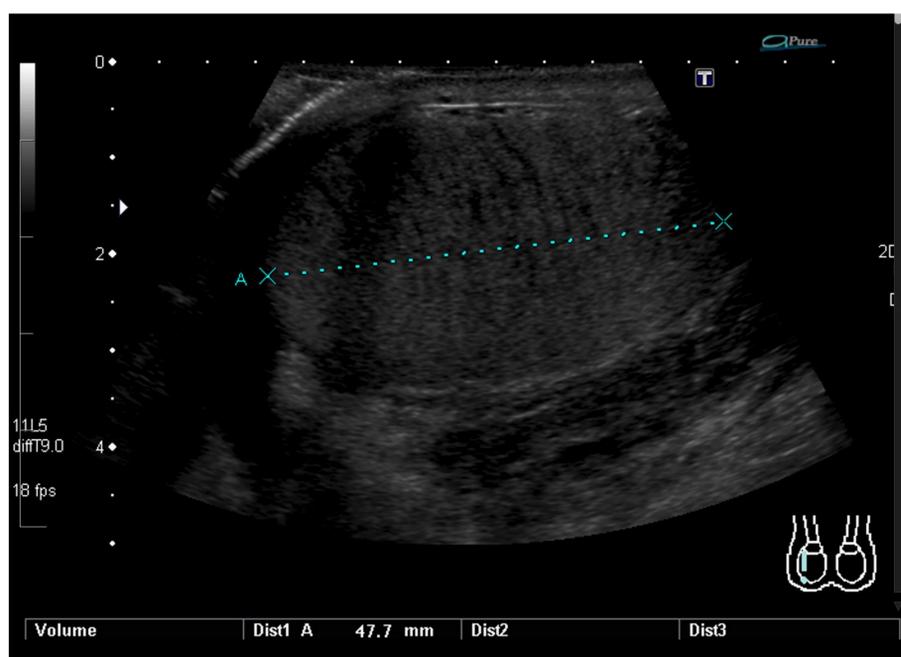
- Epidídimo heterogéneo y aumentado de tamaño
- Frecuentemente, hipoecogenicidad del epidídimo en relación con el teste, resultado del edema.
- Hiperemia en el Doppler color (muchas veces el único signo)



Imágenes 1 y 2. Epidídimo derecho heterogéneo, aumentado de tamaño y con hiperemia en Doppler color.

REVISIÓN DEL TEMA

La epididimitis evoluciona a orquiepididimitis en un 20-40%¹. En estos casos, de forma muy típica, el dolor disminuye al elevar el testículo (signo de Prehn positivo).

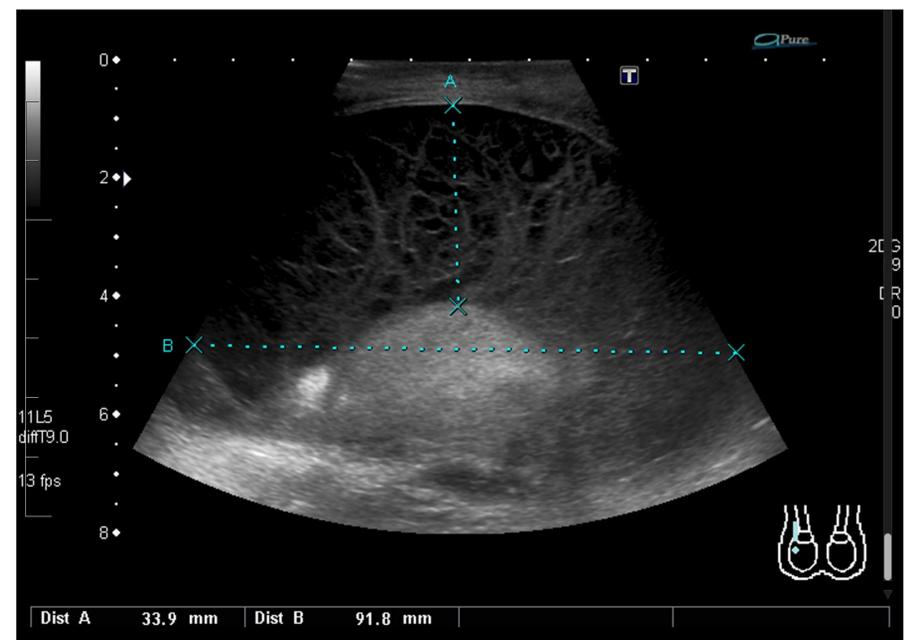
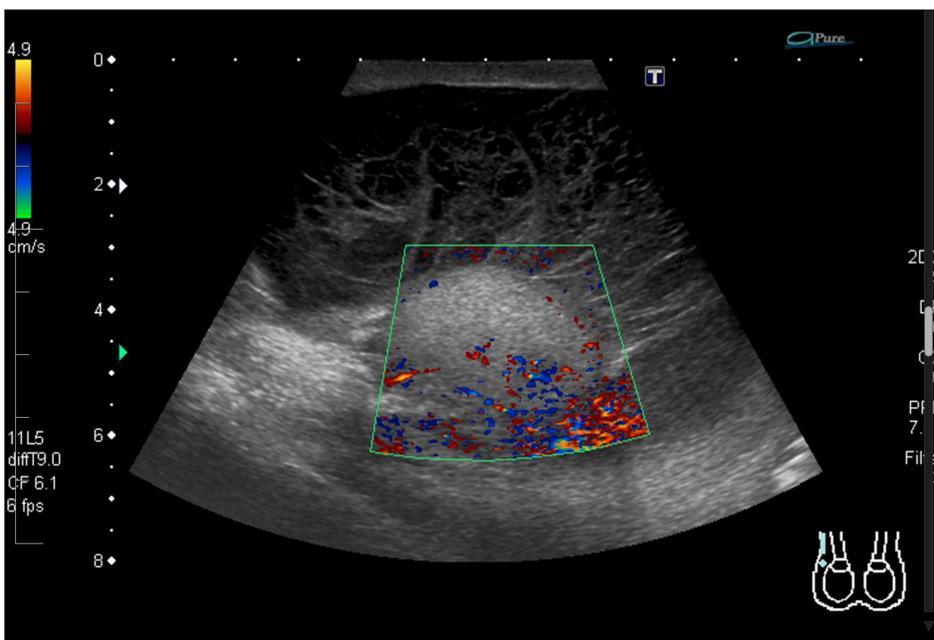


Imágenes 3 y 4. Teste aumentado de tamaño y con incremento de la vascularización mediante Doppler, sugestivo de orquitis.

REVISIÓN DEL TEMA

ABSCESOS TESTICULARES Y PIOCELE

El piocele suele aparecer como complicación de una orquiepididimitis o de un absceso escrotal, aunque también puede aparecer tras un traumatismo. La colección purulenta normalmente procede de una comunicación entre un hidrocele preexistente y el testículo infectado o un absceso testicular, a través de la túnica vaginal.



Imágenes 5 y 6. Piocele derecho masivo.

REVISIÓN DEL TEMA

GANGRENA DE FOURNIER

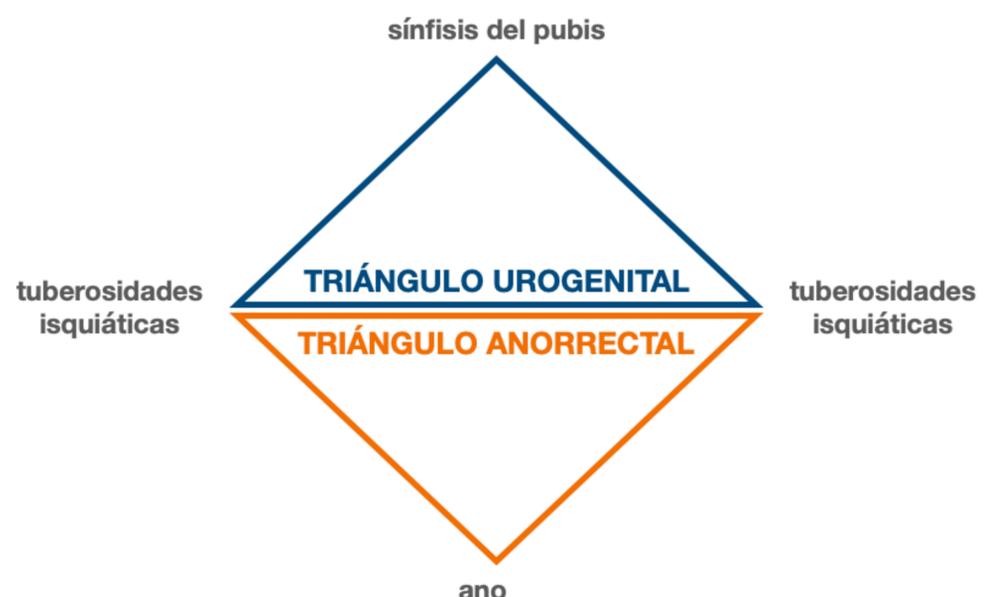
La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante del perineo, rápidamente progresiva (hasta 2-3 cm/h), de etiología polimicrobiana. Presenta unas tasas de mortalidad de entre un 15-50%². El diagnóstico y tratamiento de esta patología no debe verse retrasado por la realización de técnicas de imagen. Sin embargo, es importante saber realizar un correcto diagnóstico por imagen en casos que presenten dudas diagnósticas. Para ello, es vital conocer con precisión la anatomía perineal y las fascias pélvicas para determinar los posibles planos a través de los cuales esta patología se puede extender.

El TC se realizará siempre con la administración de contraste iv (siempre que este no esté contraindicado). El estudio deberá incluir el abdomen y la pelvis, así como extenderse hasta el perineo y escroto para poder evaluar la extensión y poder determinar el origen de la infección.

El origen suele ser uno de los siguientes: anorrectal, genitourinario o traumático. Únicamente un 10% de los casos son idiopáticos³.

Recuerdo anatómico del periné: región romboidal situada por debajo del diafragma pélvico, cuyos límites anatómicos son los siguientes: Sínfisis del pubis es el vértice anterior, ano es el vértice posterior, y tuberosidades isquiáticas son los vértices laterales.

Este rombo puede a su vez subdividirse en dos regiones triangulares, trazando una línea transversal por el centro de ambas tuberosidades isquiáticas: El triángulo anterior será el llamado "triángulo urogenital", mientras que el posterior será el llamado "triángulo anorrectal".

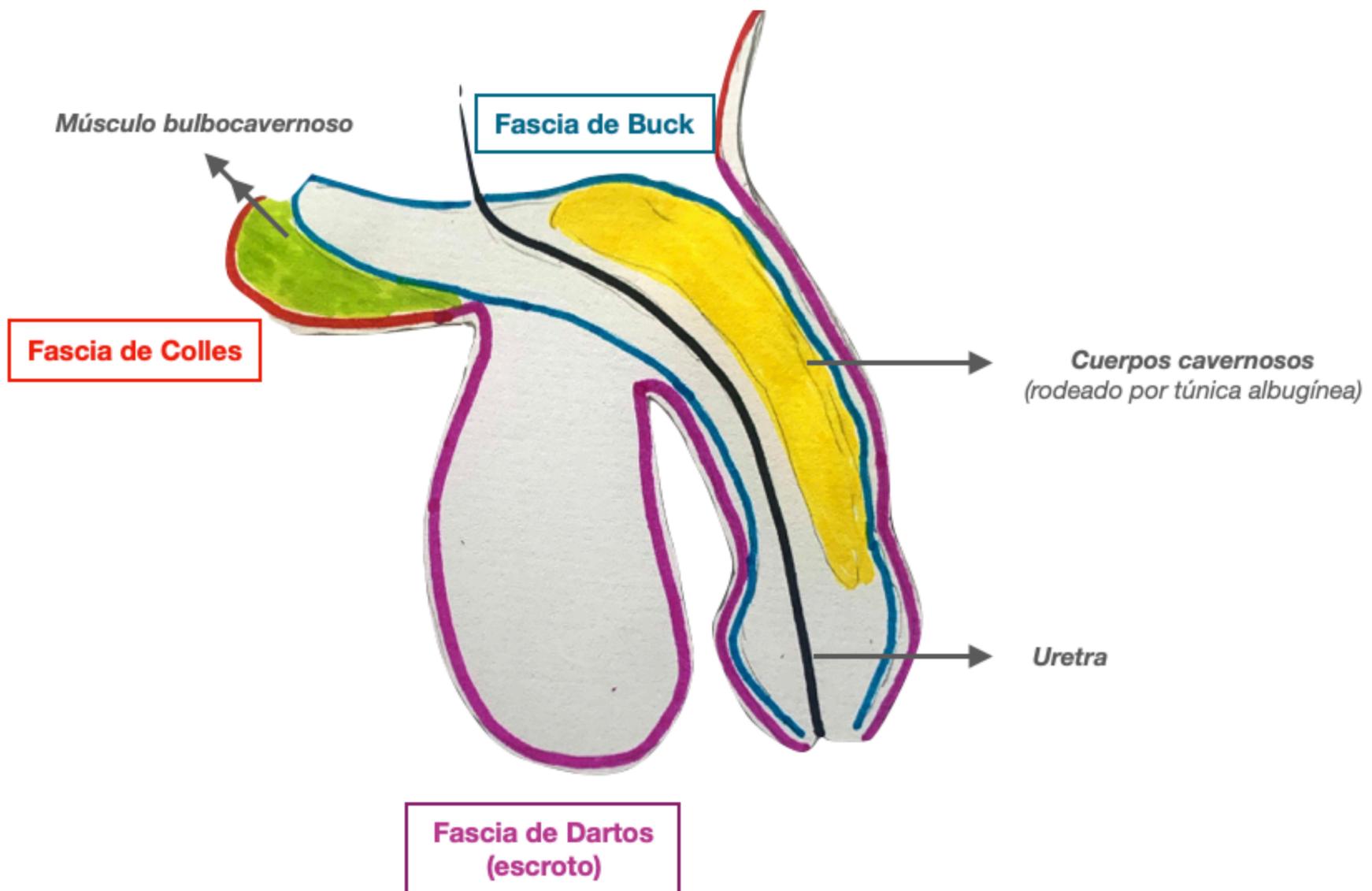


REVISIÓN DEL TEMA

GANGRENA DE FOURNIER

La gangrena de Fournier evoluciona a través de los planos fasciales anatómicos:

- Una infección iniciada en el triángulo anorrectal puede penetrar las fascias de Colles y Dartos (llegando hasta pene y escroto) o puede penetrar la fascia de Scarpa (hacia la pared abdominal anterior).



REVISIÓN DEL TEMA

GANGRENA DE FOURNIER



Imágenes 7, 8 y 9. TC en planos coronal, sagital y axial con presencia de gas en tejido celular subcutáneo en periné y en ambas fosas escrotales que se extiende hacia el interior de la pelvis. Sugestivo de gangrena de Fournier.



CONCLUSIONES

Es esencial para el radiólogo estar familiarizado con el papel de la imagen como medio diagnóstico ante sospechas de emergencias genitales. Un buen manejo de las pruebas diagnósticas permitirán al radiólogo emitir un juicio clínico temprano que permita la pronta decisión del manejo terapéutico en cada caso, ya sea quirúrgico o conservador.

Es básico manejar la anatomía pélvica y de las diferentes fascias que constituyen el camino evolutivo de la gangrena de Fournier, para así poder realizar un diagnóstico temprano y proporcionar al cirujano información para una adecuada planificación quirúrgica, y de esta forma llevar a cabo un desbridamiento quirúrgico precoz del tejido necrótico, ya que esto ha demostrado ser el factor más importante para mejorar la supervivencia de los pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Avery LL, Scheinfeld MH. Imaging of penile and scrotal emergencies. Radiographics [Internet]. 2013;33(3):721–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.333125158>
2. Wongwaisayawan S, Krishna S, Haroon M, Nisha Y, Sheikh A. Fournier gangrene: pictorial review. Abdom Radiol (NY) [Internet]. 2020;45(11):3838–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00261-020-02549-9>
3. Levenson RB, Singh AK, Novelline RA. Fournier gangrene: role of imaging. Radiographics [Internet]. 2008;28(2):519–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.282075048>