



ESCROTO AGUDO EN PEDIATRÍA

Dra. Carolina Donoso C.
Cirujano Pediátrico
HCSBA
Profesor Asistente
U de Chile

DEFINICIÓN

- Se define como entidad clínica de inflamación aguda escrotal uni o bilateral, que puede obedecer a distintas etiologías y que debe tener resolución urgente (quirúrgica o médica).

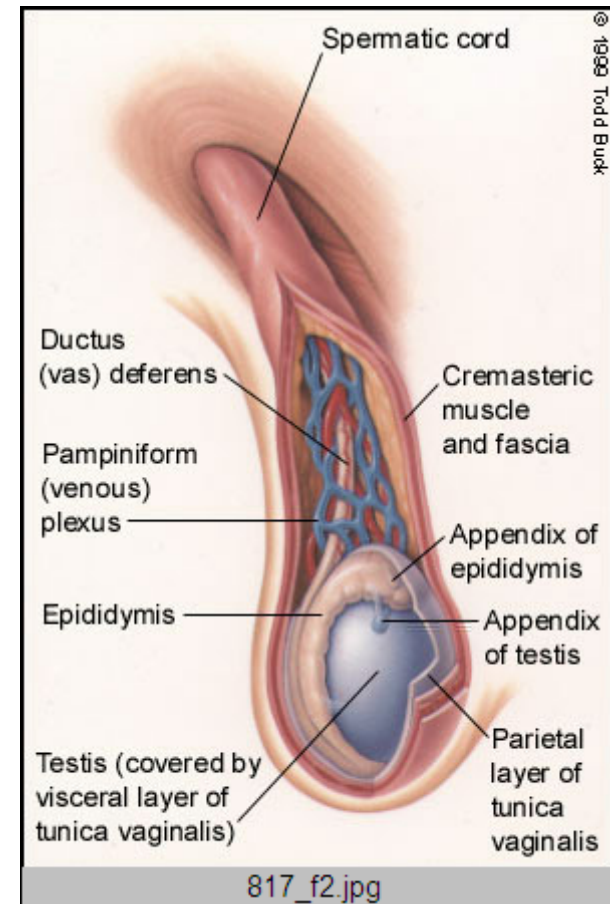


ANATOMÍA

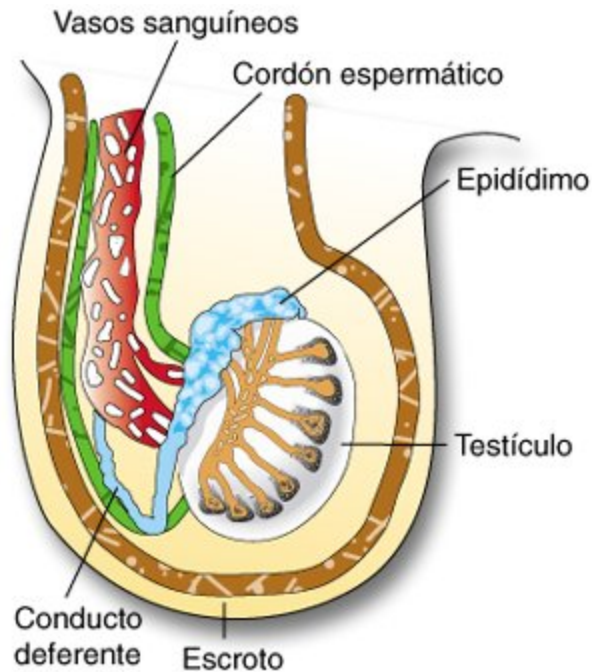
Bolsa Escrotal

○ Continente:

- Piel (escroto)
- Muscular externa (Dartos)
- Celular
- Muscular interna (Cremaster)
- Fibrosa
- Vaginal → parietal
→ visceral



ANATOMÍA



○ Contenido:

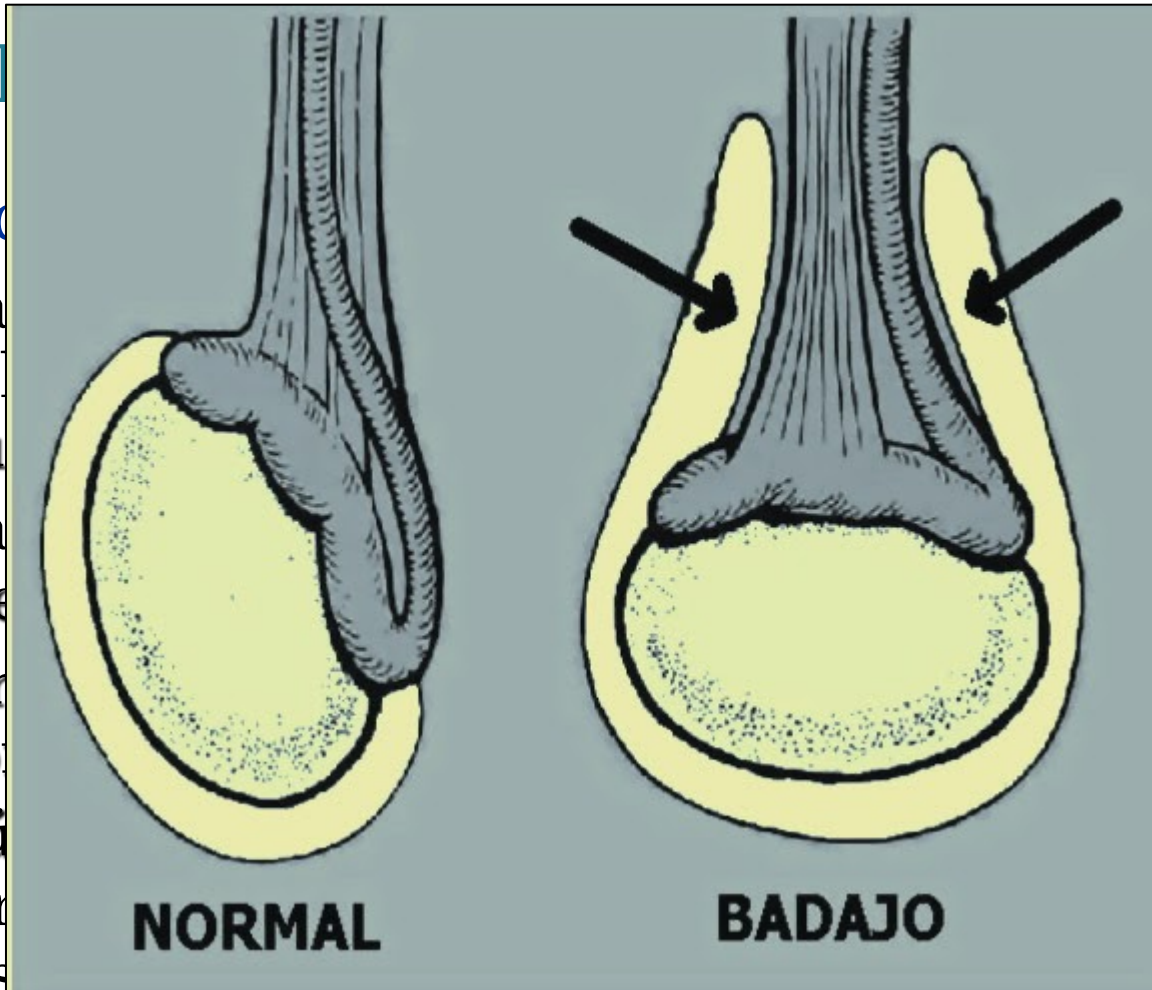
- Testículo
- Epidídimo
- Cordón espermático
- Apéndices:
 - A. testicular o hidátide sésil Morgagni
 - A. epidídimo o hidátide pediculada Morgagni



ANAT

o Fijac

- Pa
- bo
- gu
- Pa
- me
- Ur
- ep
- Tú
- (ar
- tes



cuerpo epidídimo)

Reflexión anormalmente alta de vaginal
alrededor del teste, hasta insertarse
en cordón espermático



ETIOLOGÍA

○ Inguinales

- Hernia inguinal
- Hidrocele comunicante vaginal
- Quiste de Cordón
- Varicocele
- Funiculitis

○ Traumatismos

○ Escrotales

- Torsión del apéndice testicular
- Hidátide de Morgagni
- Órgano de Giraldes
- Hidátide de Haller
- Torsión de testículo
- Orquiepididimitis
 - bacteriana
 - vírica
- Edema escrotal idiopático
- Enfermedades autoinmunes
- Shonlein-Henoch
- Barllow



ETIOLOGÍA

- Torsión testicular (intra-extra vaginal)
- Torsión de apéndices
- Epididimitis, orquitis, orquiepididimitis
- Hernia Inguinal atascada o estrangulada
- Hidrocele o hematocele agudo
- Traumatismo escrotal
- Tumor testicular
- Edema escrotal idiopático
- Absceso intraescrotal
- Bazo o glándula suprarrenal ectópica
- Infiltración leucémica
- Púrpura Schôlein-Henoch
- Enfermedad Kawasaki
- Picadura de insecto



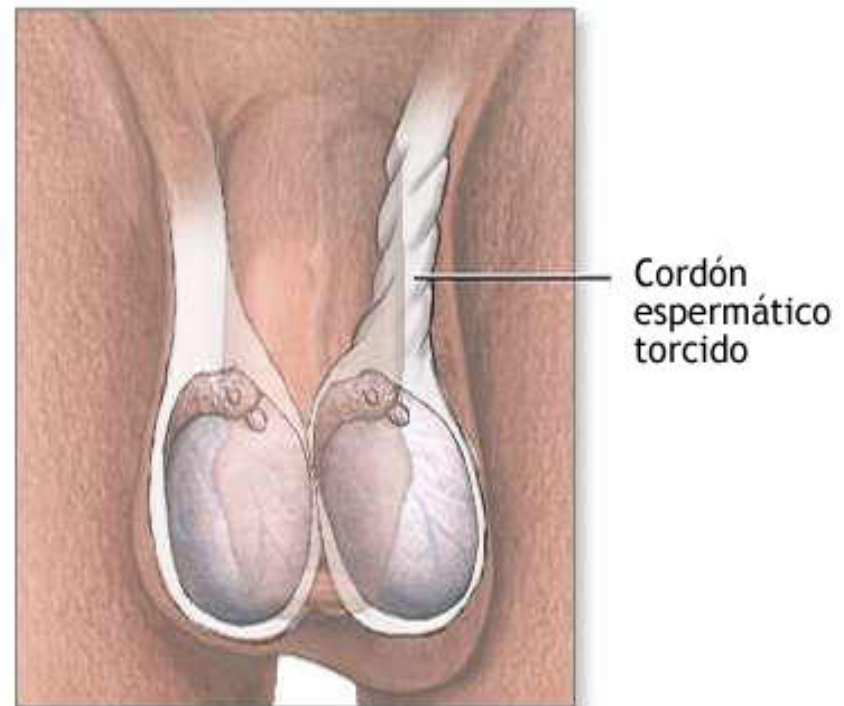
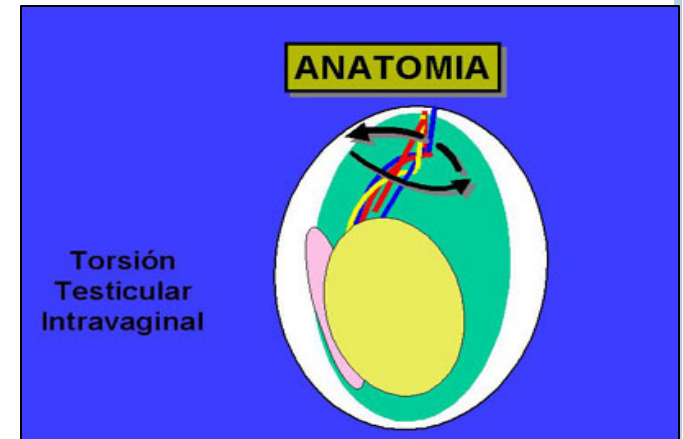


TORSIÓN DE CORDON ESPERMATICO (TORSIÓN TESTICULAR)

TORSIÓN TESTICULAR

- La torsión testicular corresponde al giro del testículo sobre sus elementos vasculares, provocando la consecuente isquemia

llevará a la necrosis y consiguiente pérdida del testículo



FISIOPATOLOGÍA

Torcedura axial testículo



Obstrucción flujo venoso



Obstrucción flujo arterial



Gangrena por isquemia



TIPOS DE TORSIÓN

Intravaginal

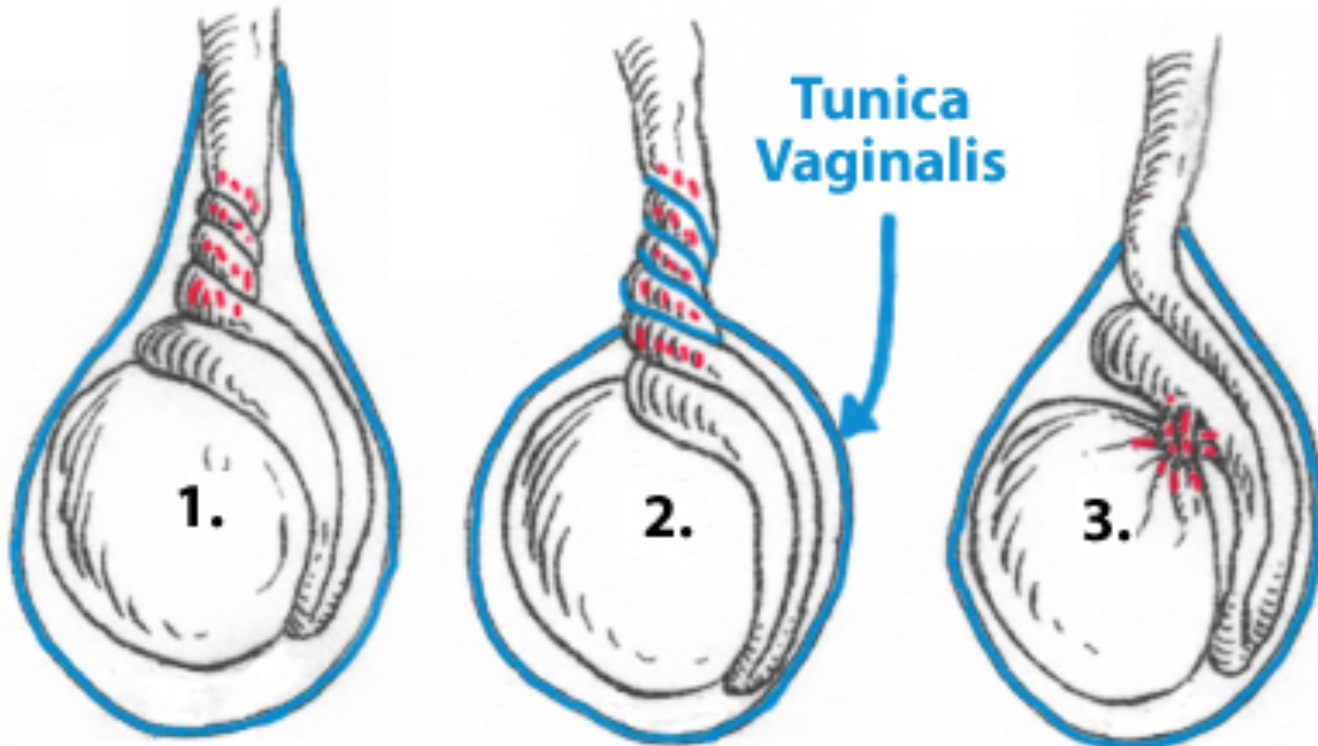
- Niños mayores
- 95% de lo casos
- Dentro de la vaginal
- Falta de fijación del testículo y epidídimo a la pared escrotal
- *Falta de unión entre el testículo y epidídimo*

Extravaginal

- Típica de RN o niños menores
- 5% de los casos
- Nivel alto de cordón
- Falta de fijación del testículo en descenso a la pared escrotal
- Tracción del cremáster



TIPOS DE TORSION



Intravaginal

Extravaginal

Long Mesorchium



TORSIÓN TESTICULAR

- Segunda causa de testículo Agudo en niños.
- Cualquier edad, pero es más frecuente entre los 12 y los 18 años.
- 2/1: izquierdo/derecho
- Causa:
 - Desconocida con ciertos factores predisponentes
 - Contracción cremáster: frío-ejercicios, coito, sueño, etc.
 - *Puede haber* antecedentes traumáticos (50%)



TORSIÓN EN EL RECIÉN NACIDO (EXTRAVAGINAL)

Existen 3 modos de presentación clínica:

1. Fecha alejada del nacimiento

- ✓ Nace sin el testículo afectado
- ✓ Se diagnostica testículo no palpable a estudiar en fecha posterior

2. Fecha medianamente próxima al nacimiento (entre unos días y unas semanas)

- ✓ lo típico es que el niño presente en el hemiescrotó afectado una masa dura, lisa, indolora, sin signos inflamatorios.

3. Fecha muy próxima al nacimiento (entre horas y pocos días)

- ✓ cuadro clínico de escroto agudo similar al observado en el lactante y niño mayor, con claro predominio de los signos inflamatorios agudos.



TORSION INTRAVAGINAL

Historia

- Dolor muy intenso, de comienzo súbito en 1 hemiescrotó
- Generalmente de inicio nocturno
- Irradiación a ingle o abdomen
- Dolor a la palpación del otro testículo
- Signo de Prehn negativo (-)
- Cordón espermático doloroso

Examen físico

- Aumento de tamaño testicular, fijo y/o ascendido.
- Reflejo cremasteriano débil o ausente
- Síntomas urinarios (+)
- Síntomas gastrointestinales asociados (náuseas-vómitos)
- Fiebre ocasional
- Hidrocele reactivo

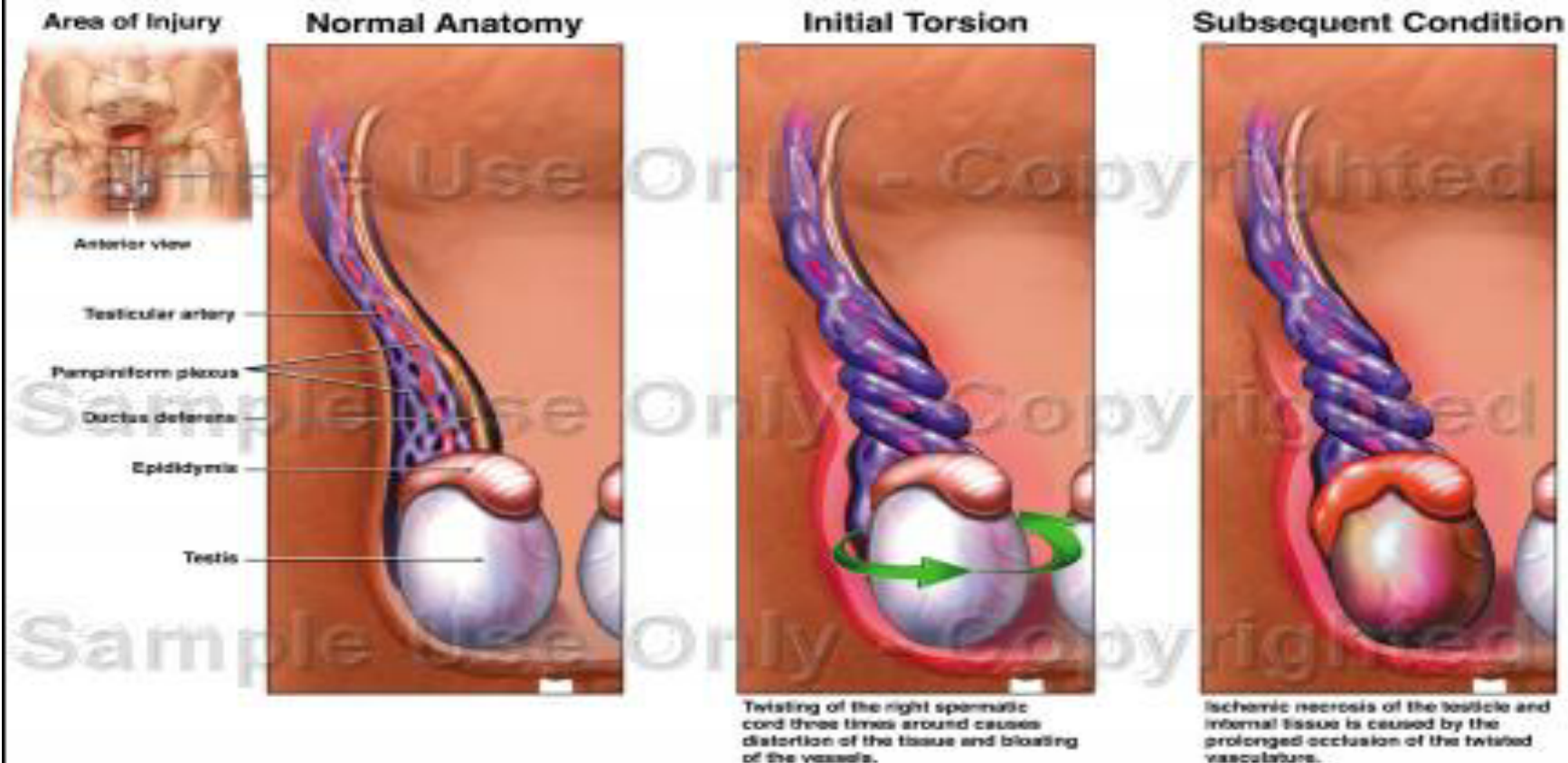


Pasadas 4 h	Lesión de las células de Sertoli.
Pasadas 6 h	Lesiones irreversibles de las estructuras tubulares.
Pasadas 10-12 h	Células de Leydig casi completamente destruidas.

Duración de la torsión	Tasa de conservación en %
Menos 6 hrs	85-97
6-12 hrs	55-85
12-24 hrs	20-80
Más de 24 hrs	Menos 10



Testicular Torsion with Ischemic Necrosis



8187W.jpg

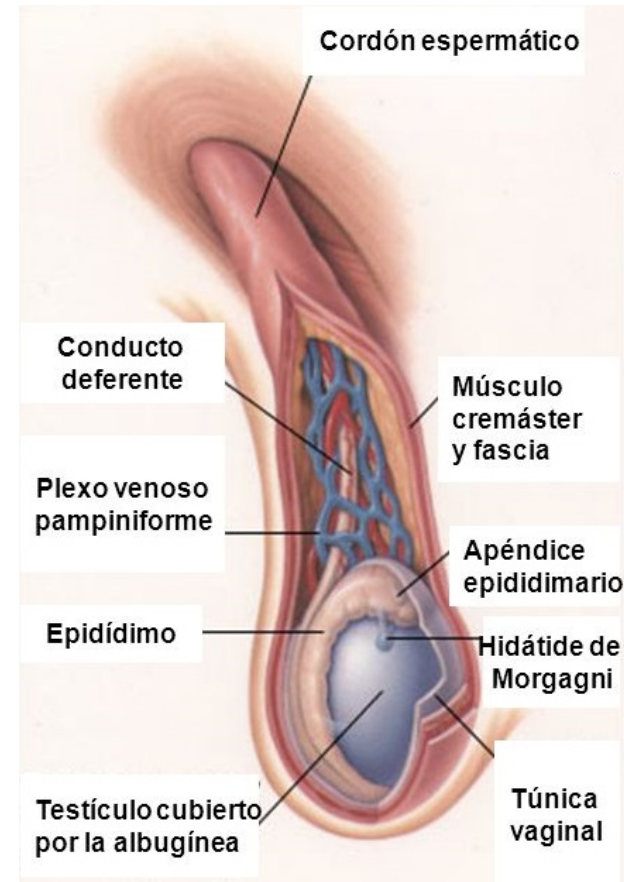


TORSIÓN DE HIDATIDE (APENDICES)


TORSION DE HIDATIDE

- Torsión de cualquiera de las 4 apéndices del escroto
 - Apéndice testicular o hidátide sésil de Morgagni
 - Apéndice del epidídimo o hidátide pediculada de Morgagni
 - Órgano de Giraldes o paradídimo
 - Conducto aberrante de Haller o Vas aberrans
- Más frecuente: Apéndice testicular o hidátide sésil de Morgagni

El apéndice testicular representa la porción craneal del conducto de Müller, es análogo al extremo fimbriado de las trompas de Falopio en la mujer y se encuentra en el 92% de los hombres (polo superior del testículo).



TORSION DE HIDATIDE

- Es la causa más frecuente de testículo agudo en niños.
 - Se afectan ambos testículos en la misma proporción
 - Más frecuente en niños de 6-12 años
 - Etiología desconocida
 - Se han propuesto factores predisponentes (traumáticos)
 - De acuerdo al apéndice torcido será la clínica
 - Puede ir de cuadros muy importantes a pasar desapercibido con episodios recidivantes
- 

TORSION DE HIDATIDE

Historia

- Dolor continuo y escasa intensidad
- Localización del testículo
- Epididimo doloroso
- Resto normal o ligero



...
e)
nódulo
roso en
ndice
a
azul
yo y
escrotal
as 5-10





EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS

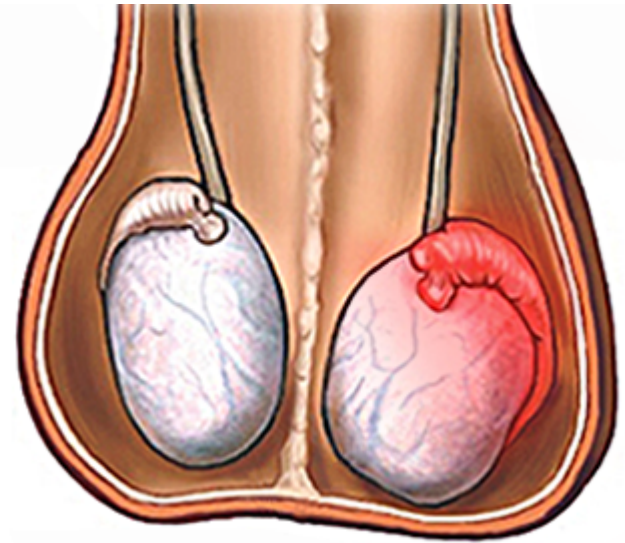
EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS

- Cuadro de inflamación de epididimo, testículo o ambos producto de infección; ya sea bacteriana, viral, micótica, traumática, ó debida a reacción secundaria a alguna noxa.



ORQUIEPIDIDIMITIS

- Vias:
 - Canalicular
 - Linfática
 - Hematógena
- Predominio de microorganismos gram (-), especialmente klebsiella y E.Coli.
- Raro en pediatría
- Más frecuente en 20-30 años
- Epididmitis precede a la orquitis en 85%.



CLÍNICA

- Dolor súbito o insidioso,
- Intensidad creciente en epidídimo - testículo
- Asociado a aumento de tamaño de ambos testículos
- Testículos normales (no ascendidos)
- Siempre realizar tacto rectal en adolescentes (se acompaña de prostatitis)
- Fiebre, leucocitosis, piuria
- Hidrocele reactivo y edema escrotal.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Vómitos	Sínt. Vagales	Dolor Abdominal	Sínt. Urinarios
Torsión testículo	++	++	+++	Raro, leve
Torsión Apéndice	-	-	-	-
Orqui-epididimitis	-	-	-	Severo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

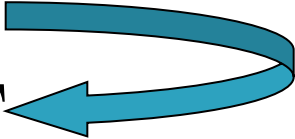
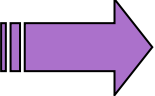
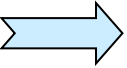
	Aumento V° testículo	Situación	Dolor
Torsión	+++	alto a la bolsa. epidídimo delante, o teste en posición transversa	Testículo
Hidátide	+	N	Apéndice (polo sup)
Orqui-E	+++	N	Epidídimo grande y doloroso. Teste normal



DIAGNÓSTICO



DIAGNÓSTICO

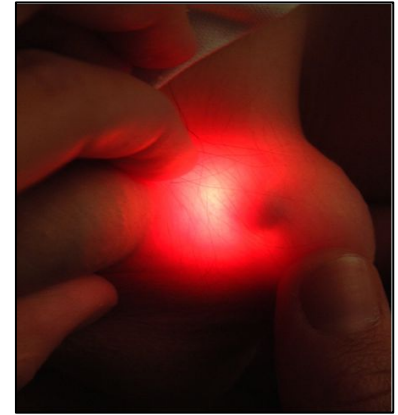
- 35-60% cirugías por escroto Ag 
T.T
- A pesar de técnicas diag  no hay certeza
- Clínica: 70-30%.
 1. Hemograma + VHS + OC:
 - ✓ Leucocitosis y piuria  orqui-epididimitis



DIAGNÓSTICO

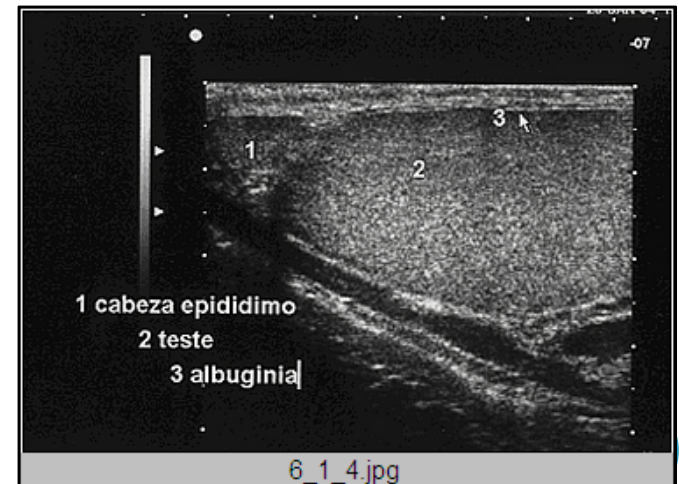
2. Transiluminación:

- ✓ Signo punto azul (hidátide)
- ✓ Detecta líquido entre ambas tunicas vaginales (hidrocele)



3. Ecografía:

- ✓ Detecta alteraciones en la ecogenicidad y tamaño testículo afectado
- ✓ No es específica
- ✓ No evalúa flujo sanguíneo
- ✓ No evidencia isquemia lo suficientemente temprano
- ✓ Sirve para ver tumores o quistes



DOPPLER:

- ✓ 79-88% seguridad diagnóstica
- ✓ Detecta flujo sanguíneo testicular
- ✓ Descarta torsión testicular → No se conocen falsos positivos

**Cabe destacar que los exámenes antes descritos, si bien, pueden ayudar al diagnóstico etiológico; sólo una adecuada valoración clínica asociada a la exploración precoz, podrán asegurar la viabilidad del testículo comprometido._*

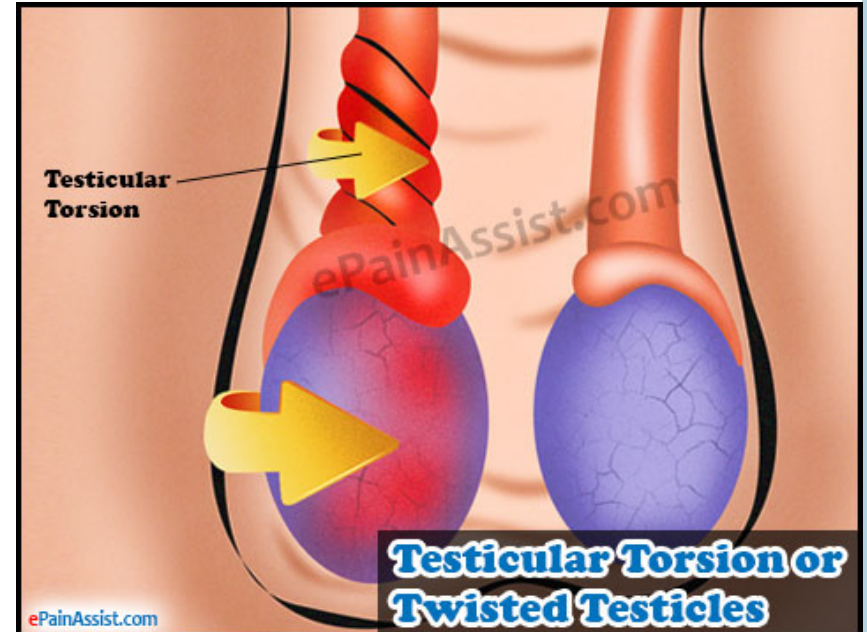





TRATAMIENTO

TRATAMIENTO: TORSIÓN TESTICULAR

1. Destorsión manual ???



2. Cirugía:

- Destorsión y evaluar vitalidad
 - a) Testículo Viable
 - b) Viabilidad Dudosa
 - c) No Viable  Orquidectomía
- Orquidopexia contralateral





copyright SAGES 2014



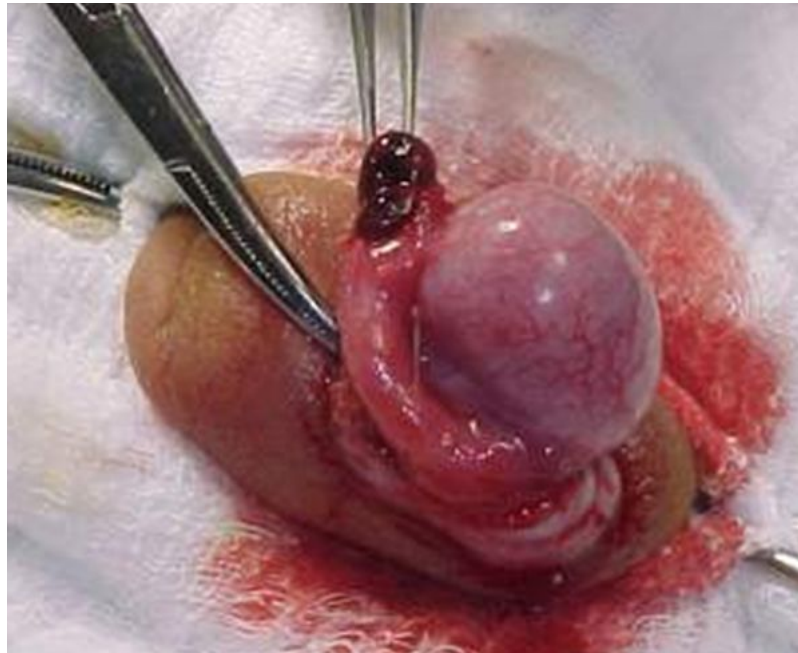
SECUELAS TORSIÓN TESTICULAR

- Grave trastorno en la calidad del semen
- Se reconoce que la torsión testicular unilateral produce daño testicular contralateral
- La magnitud del daño guarda relación directa con el tiempo de evolución de la torsión (12-24 hrs)
- Y con la técnica quirúrgica empleada
- DAÑO: mecanismo inmunológico



TRATAMIENTO: TORSIÓN DE HIDÁTIDE

- Cirugía debe plantearse siempre frente a una duda diagnóstica.
- Escrototomía exploradora; resección de Hidátide.



TRATAMIENTO: ORQUIEPIDIDIMITIS

- Antibióticos
- Analgésicos
- REPOSO!

- Ante duda diagnóstica o mala evolución:



**Exploración
Quirúrgica**

Antibióticos:

- Mismo germen que ITU.
- E Coli y Gram (-)
- Urocultivo negativo gran porcentaje.

- Valorar vías genitourinarias:
(ectopia ureteral, válvulas uretrales posteriores, RVU, VN)
 - Cistouretrografía
 - US renal



- Tratamiento médico con reposo más AINE o Antibióticos???

Es mejor una exploración quirúrgica, dado que el riesgo quirúrgico es mínimo comparativamente con el de subdiagnosticar una torsión testicular.



GRACIAS

