



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

AUMENTO DEL TAMAÑO TESTICULAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Caso clínico.

ROCÍO CAMPÓN MORENO

CASO CLÍNICO

Niño de 15 años

AP: No RAMS. Vacunación al día. Sin interés

Enfermedad actual: Dolor testicular e inflamación de testículo derecho, tras traumatismo hace 3 días con un balón. No fiebre. No síntomas micciones. No náuseas ni vómitos. No otros síntomas asociados.

CASO CLÍNICO

Exploración física:

- Postura antiálgica.
- Genitales externos: Reflejo cremastérico izquierdo +, derecho dudoso.
- Teste izquierdo en bolsa de tamaño y consistencia normal.
- Teste derecho inflamado y con eritema escrotal; con dolor más marcado al palpar polo superior.
- Signo de Prehn negativo.

ANTE UN AUMENTO DEL
TAMAÑO TESTICULAR DEBEMOS
PENSAR EN...



CAUSAS DE ESCROTO AGUDO

1. **Torsión de hidátide (50-70 %)**
2. **Torsión testicular (20-30 %)**
3. Epididimitis (15%)
4. Traumatismo

CUADROS QUE CURSAN CON AUMENTO DEL TAMAÑO TESTICULAR

- Edema escrotal idiopático.
- Hernia inguinal.
- Tumores.
- Hidrocele
- Enfermedades sistémicas

ANAMNESIS

- **EDAD**

Torsión testicular: neonatos/pubertad.

Orquiepididimitis: adolescentes.

Edema idiopático escrotal/torsión hidátide:
prepubertad

- **EPISODIOS PREVIOS**

- **CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR Y TIEMPO**

- Intenso, súbito, horas, irradiado a ingle o abdomen inferior: torsión testicular

- Insidioso y gradual: torsión de hidátide/epididimitis

ANAMNESIS

- **FACTORES ASOCIADOS/DESENCADENANTES**

Fiebre: epididimitis

Traumatismo

Reacciones alérgicas: edema escrotal idiopático.

Actividad sexual: epididimitis.

- **SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES**

Cortejo vegetativo: torsión testicular.

- **SÍNTOMAS MICCIONALES**

Frecuentes en epididimitis.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Estado general.
- Inspección.
- Palpación: Tamaño, movilidad, consistencia.
- Transiluiminación.
- Reflejo cremastérico.
- Signo del punto azul.
- Canal inguinal.



CAUSAS DE ESCROTO AGUDO

1. **Torsión de hidátide (50-70 %)**
2. **Torsión testicular (20-30 %)**
3. Epididimitis (15%)
4. Traumatismo

TORSIÓN DE HIDÁTIDE

- Edad: **prepuberal** (7-12 años).
- Clínica: dolor selectivo en polo superior del teste.
- EF: **Reflejo cremastérico +.**

Signo del punto azul.

- Diagnóstico: Clínico.
Eco-doppler.
- Tratamiento: **Reposo relativo y AINES.**
Cirugía si no responde en 48 horas.

TORSIÓN TESTICULAR

- Edad: neonatal/pubertad.
- 95% durante la pubertad y 5% periodo neonatal.
- **NEONATAL**
- Etiología: desconocida.
- EF: masa testicular firme e indolora.
- Eco doppler: zonas hipoecoicas, a veces calcificaciones y **disminución del flujo vascular**.
- Tratamiento:
Algunos autores: retrasar la cirugía.
Otros: intervención quirúrgica urgente y fijando el testículo contralateral.

TORSIÓN TESTICULAR

- Adolescencia(95%).
- Clínica: dolor testicular bursco, intenso e irradiado a ingle.
- EF:
 - Teste indurado, eritema
 - **Reflejo cremastérico abolido.**
 - **Signo de Prehn negativo.**
- Tratamiento: CIRUGÍA URGENTE.

EPIDIDIMITIS

- **E-Coli.**
- Edad: **adolescencia.**
- Clínica: dolor opresivo, insidioso, **síntomas miccionales.**
- EF: Reflejo cremastérico +. **Signo de Prehn +.**
- Diagnóstico: Clínico
Confirmación con Eco-doppler y urocultivo.
- Tratamiento:
Amoxicilina-clavulánico 40 mg/kg/día cd 8h/10 días

TRAUMATISMO

- Clínica: dolor mantenido.
- EF: Tumefacción, hematoma, eritema.
- Diagnóstico: Eco-doppler.
- Tratamiento: Conservador/Cirugía urgente.

CUADROS QUE CURSAN CON AUMENTO DEL TAMAÑO TESTICULAR

- Edema escrotal idiopático.
- Hernia inguinal.
- Tumores.
- Hidrocele
- Enfermedades sistémicas

EDEMA ESCROTAL IDIOPÁTICO

- Causa: Desconocida. ¿Alergia?
- Edad: típico **< 5 años.**
- EF: Importante edema/eritema escrotal con escaso dolor.
- Diagnóstico: **Eco-doppler.**
- Tratamiento: Sintomático.

HERNIA INGUINAL

Incidencia **1,5%**.

En los niños el **98 % son indirectas**.

Lado derecho en el 65%.

Un **15% son bilaterales**.

Edad aparición: congénita.

Prematuros tienen una incidencia 2 a 3 veces mayor.

Clasificación:

Reductibles:

Irreductibles: Incarceradas. Estranguladas.

HERNIA INGUINAL REDUCTIBLE

EF:

Se reduce sin dificultad mediante compresión manual del saco.

Diagnóstico:

Clínico. Ecografía doppler.

Tratamiento:

Quirúrgico



HERNIA INGUINAL INCARCERADA

Clínica: dolor, irritabilidad...

EF: No reducción.

Diagnóstico: clínico.

Tratamiento: cirugía.



HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA

Clínica: **MEG, signos de obstrucción...**

EF: **no reducción**, calor local, dolor...

Diagnostico: Clínica. Ecografía doppler:

Tratamiento: **cirugía urgente.**

TUMORES

0.5 2/100.000 en menores de 18 años.

- Edad: **75 % 2 4 años**. Resto 13 16 años.

- EF: masa sólida de consistencia **pétrea** sin signos de inflamación, **no dolorosa**

- Diagnóstico:

Eco doppler: posible aumento de la vascularización.

Marcadores tumorales: AFP y β HCG.

- Diagnóstico de confirmación y tratamiento:

orquiectomía vía inguinal+/- linfoadenectomía

retroperitoneal+/- quimioterapia.

HIDROCELE

Incidencia: 1-3 % niños.

Clínica: **tumefacción no dolorosa.**

EF: **transiluminación positiva.**

DG: Clínico.

Tratamiento:

No comunicante: quirúrgico si no se ha resuelto a los 2 años de edad.

Comunicante: quirúrgico.



ENFERMEDADES SITÉMICAS

Síndrome nefrótico

Enfermedad de Kawasaki

Purpura de Schönlein-Henoch



CASO CLÍNICO

RESULTADOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Tira rápida de orina: normal.

Analítica sanguínea: Hemograma, coagulación y bioquímica normales. PCR 0.9.

CASO CLÍNICO

RESULTADOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Eco doppler testículos:

Testículos con tamaño, posición y ecoestructura dentro de los límites de la normalidad, con vascularización conservada el izquierdo. **Testículo derecho, con engrosamiento difuso de cubiertas y con un moderado hematocèle peritesticular, no muestra vascularización en el estudio Doppler.** Si bien dicho hallazgo podría corresponder a compresión por el hematoma no puede descartarse torsión testicular sin representación ecográfica en el parénquima. No imágenes de rotura u otras complicaciones postraumáticas. Cabezas de epidídimo sin alteraciones.

Conclusión: ***Ausencia de vascularización en testículo derecho*** a valorar clínicamente.

CASO CLÍNICO

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE:

Hallazgos:

- **Teste derecho y epidídimo necrótico, con dos vueltas.** Se realiza detorsión manual sin cambios en la vascularización testicular.
- Teste izquierdo bien vascularizado.

DIAGNÓSTICO:

- Torsión testicular derecha, con necrosis testicular.
- Traumatismo testicular derecho complicado.

CASO CLÍNICO

Procedimiento quirúrgico:

- ORQUIECTOMÍA ESCROTAL DERECHA.
- Orquidopexia escrotal izquierda.

Evolución:

Favorable.

Alta a las 24 horas.



TORSIÓN TESTICULAR

Incidencia 1/4000 < 25 años

95% de los casos

Patogenesis: intravaginal.

Traumatismo como desencadenante.

Clínica:

- **Cortejo vegetativo.**
- Dolor testicular **intenso, de inicio brusco,** irradiado en región inguinal)

TORSIÓN TESTICULAR

EF:

- Teste indurado, eritematoso
- **Reflejo cremastérico abolido.**
- Signo de Prehn negativo.

DIAGNÓSTICO

- **Clínico**
- Eco-doppler
- Gammagrafía perfusión

TORSIÓN TESTICULAR

Tratamiento: **CIRUGÍA URGENTE**

- Destorsión dentro de 4-6 horas - 100 % de viabilidad
- > de 12 horas - 20 % de viabilidad
- > de 24 horas - 0 % de viabilidad

TORSIÓN TESTICULAR

Tratamiento:

Si es viable: **orquidopexia.**

Si no es viable: **orquiectomía y orquidopexia contralateral.**

¿Disminución de la fertilidad tras torsión testicular?

TORSIÓN TESTICULAR NEONATAL

Periodo prenatal hasta 30 días postparto.
Extravaginal.

- Epidemiología

5% de los casos.

Afectación bilateral 5 ~~10~~%.

- Patogenesis

Mecanismo desconocido.

Tercer trimestre. Partos complicados.



TORSIÓN TESTICULAR NEONATAL

- Presentación clínica

Evento no agudo. Prenatal.

Aumento de tamaño, consistencia firme, indoloro, **hemiescrotos descolorido.**

Evento agudo. Postnatal.

- Diagnóstico

Clínico

Eco-doppler

Gammagrafía Tc 99

TORSIÓN TESTICULAR NEONATAL

MANEJO

➤ Torsión prenatal:

Afectación unilateral.

- Realizar cirugía en el primer mes.
- Esperar hasta después del primer mes.

Afectación bilateral: Cirugía urgente.

➤ Torsión postnatal: Cirugía urgente.

¿Orquiectomía u orquidopexia del teste afecto?

¿Realizar o no orquidopexia en teste sano?