

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

JUSTIFICACIÓN

El escroto agudo se caracteriza por la aparición brusca de dolor escrotal, que puede ir acompañado de otros signos y síntomas como náuseas, vomito o tumefacción escrotal. Es un motivo de consulta frecuente, siendo la torsión testicular la causa más común en la población pediátrica, constituyendo una verdadera urgencia, ya que el retraso en el diagnóstico puede llevar a un daño testicular irreversible con la consiguiente repercusión sobre la fertilidad y las posibles implicaciones médico-legales.

Esta patología acarrea gran estrés a la familia, por lo cual se requiere de una comunicación clara y empática con los padres y establecer lo más pronto posible el plan de manejo.

OBJETIVOS

Brindar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de pacientes con sospecha o diagnóstico de las causas de escroto agudo.

POBLACIÓN OBJETO

Pacientes menores de 18 años de edad que consultan a los servicios de urgencias o atención prioritaria de Clínicas Colsanitas.

POBLACIÓN NO CUBIERTA EN LA GUÍA

No aplica.

USUARIOS DE LA GUÍA

Médicos generales, Pediatras, Médicos familiares, Profesionales de Enfermería, personal de salud en formación y demás involucrados en la atención de población pediátrica en la institución.

GLOSARIO

Reflejo cremastérico: el reflejo es provocado por un ligero toque en la zona superior y medial interna del muslo. La respuesta normal es una contracción inmediata del músculo cremaster que tira del testículo del lado afectado.

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

METODOLOGÍA

Se realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC) en la página del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Guidelines International Network (GIN), y la Asociación Europea de Urología (EAU por sus siglas en inglés), utilizando los términos: *acute scrotum*, *testicular torsión*, *children*, en inglés o español según la fuente consultada y limitando la búsqueda a los últimos tres años. Se seleccionaron para adopción las recomendaciones de manejo de escroto agudo contenidas en el documento "EAU Guidelines on Paediatric Urology" del 2019 (1), cuya calificación de calidad con el instrumento AGREE II fue superior al 60%.

El grupo de trabajo estuvo conformado por médicos pediatras, urólogos y cirujanos pediatras. Los expertos clínicos realizaron la lectura y selección de recomendaciones, las cuales fueron transcritas a este documento, previo análisis de contexto y sin cambiar el sentido de las recomendaciones. Algunas recomendaciones adicionales se construyeron a partir de la integración de la evidencia contenida en algunos artículos científicos considerados relevantes, el contexto local y la experiencia del equipo clínico.

ASPECTOS CLÍNICOS

DEFINICIÓN

El escroto agudo es una emergencia urológica pediátrica, más comúnmente causada por la torsión del testículo o apéndice testicular o epididimitis / epidídimo-orquitis.

Otras causas de dolor escrotal agudo son idiopáticas, edema escrotal, orquitis por paperas, varicocele, hematoma escrotal, hernia encarcelada, apendicitis o enfermedad sistémica (por ejemplo, púrpura de Henoch-Schönlein).

El trauma también puede ser una causa de escroto agudo, ya que puede relacionarse con hematomas postraumáticos, contusión testicular, rotura, luxación o torsión de grasa escrotal.

También se ha informado que la necrosis es una causa poco común de dolor escrotal leve a moderado en la etapa prepuberal niños con sobrepeso después de la exposición al frío.

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

VALORACIÓN CLÍNICA DE NIÑOS CON ESCROTO AGUDO

Los pacientes suelen presentar dolor escrotal, excepto en la torsión neonatal. La aparición repentina de dolor invalidante en combinación con vómitos es típica de la torsión del testículo o del apéndice testicular.

En general, la duración de los síntomas es más corta en la torsión testicular (69% presente en doce horas) y la torsión del apéndice testicular (62%) en comparación con la epididimitis (31%).

En la fase inicial la ubicación del dolor puede llevar al diagnóstico. Los pacientes con epididimitis aguda experimentan un epidídimo doloroso, mientras que los pacientes con torsión testicular tienen más probabilidades de tener un testículo doloroso y los pacientes con torsión del apéndice testicular sienten dolor aislado del polo superior del testículo.

Una posición anormal (horizontal) del testículo es más frecuente en la torsión testicular que en la epididimitis. Buscar la ausencia del reflejo cremastérico es un método simple con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 66% para la torsión testicular. La elevación del escroto puede reducir las molestias en la epididimitis, pero no en la torsión testicular.

La fiebre ocurre con más frecuencia en la epididimitis (11-19%). El signo clásico de un "punto azul" se encontró sólo en el 10 al 23% de los pacientes con torsión del apéndice testicular.

En muchos casos, no es fácil determinar la causa del escroto agudo basándose únicamente en la historia y el examen físico.

Un urocultivo positivo solo se encuentra en unos pocos pacientes con epididimitis. Debe recordarse que un análisis de orina normal no excluye la epididimitis. De manera similar, un análisis de orina anormal no excluye la torsión testicular.

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

ABORDAJE POR EL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

En las unidades de atención sanitaria en las que se cuente con el recurso, estos niños deben ser evaluados por el pediatra.

Según la solicitud del tratante, de igual manera se debe priorizar la valoración por urología.

La aparición repentina de dolor en escroto asociado a vómitos, es típico de una torsión testicular o de la torsión de apéndices testiculares (hidátides).

Los síntomas tienen un tiempo de duración corto y se presenta dentro de las primeras 12 horas de inicio del dolor en un 69% para la torsión testicular, 62% para la torsión de una hidátide y 31% para una epididimitis. En fases tempranas la ubicación del dolor puede llevar al diagnóstico.

En la epididimitis aguda el dolor se localiza a nivel del epidídimo, mientras que en una torsión testicular el dolor se localiza en todo el testículo y en la torsión de hidátides se ubica hacia el polo superior.

La posición anormal del testículo es más frecuente en una torsión testicular.

La ausencia del reflejo cremastérico es un método sencillo para el diagnóstico de una torsión testicular, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 66%.

En algunos casos no es fácil determinar la causa del dolor en escroto, basados solamente en la historia clínica y el examen físico.

Dolor en escroto asociado a fiebre es más frecuente en una epididimitis.

Un uroanálisis con piuria es más frecuente encontrarlo en una epididimitis y poco inusual en una torsión testicular o de una hidátide.

¿Cuándo realizar imágenes diagnósticas?

El ultrasonido (US) testicular con doppler tiene una sensibilidad del 63.6 - 100%, con una especificidad entre el 97 - 100%, valor predictivo positivo del 100% y un valor predictivo negativo del 97.5%; por tal razón disminuye el número de pacientes que podrían requerir una exploración escrotal.

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

El US es operador dependiente y puede ser difícil de realizar en pacientes pre púberes.

Dan mejores resultados usando un ultrasonido de alta resolución, ya que visualiza mejor el cordón espermático girado; teniendo una sensibilidad del 97.3% y especificidad del 99%. El tiempo de paso a imagenología debe ser priorizado por el equipo, para lo cual el médico tratante escribirá en la orden médica "PRIORITARIO".

Realizar una RM con contraste tiene la misma sensibilidad y especificidad que un US Doppler.

Cambios inflamatorios secundarios en la ausencia o evidencia de un nódulo extra testicular por US Doppler, puede sugerir un diagnóstico errado de epididimitis en un niño con torsión testicular o de hidátide.

TRATAMIENTO INMEDIATO POR EL PEDIATRA

La historia clínica y el examen físico por parte del pediatra pueden ayudar al enfoque de la causa, cuando se presenta un paciente menor de 18 años con dolor agudo en escroto.

El dolor de inicio súbito severo asociado a náuseas o vómito, sensibilidad y edema en escroto, ausencia del reflejo cremastérico o un testículo ascendido sugiere torsión testicular y es una emergencia quirúrgica, por tal razón debe ser evaluado por urólogo de turno inmediatamente.

En caso de no presentar ninguno de estos síntomas se deberá evaluar:

- Firmeza del testículo
- Masa inguinal con dolor y edema en escroto
- Eritema en piel o cambios en la coloración de la piel
- Presencia de vómitos o distensión abdominal

Si presenta alguno de estos síntomas se deberá descartar: hernia encarcelada – realizar reducción manual, en caso de ser fallida es una emergencia quirúrgica y deberá ser evaluado de manera urgente por cirugía pediátrica.

Si persiste dolor testicular realizar US Doppler:

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

- US normal + Flujo sanguíneo aumentado: Epididimitis. Orquitis, torsión hidátide, torsión testicular resuelta o tumor (raro).
- US con nudo en cordón espermático + disminución o ausencia de flujo sanguíneo: Torsión testicular = Emergencia quirúrgica.

Tabla 1. Causas asociadas a dolor testicular en niños y adolescentes

	TORSIÓN TESICULAR	TORSIÓN DE APÉNDICE	EPIDIDIMITIS
<u>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</u>			
Incidencia	Perinatal – pubertad	Pre púberes	< 2 años o adolescentes
Inicio del dolor	Súbito	Súbito	Gradual
Duración del dolor	< 12 hrs	>12 hrs	>24hrs
Episodios previos	No	No	Previos
Náuseas o vomito	Común	No	No
Fiebre	No	No	Común
Trauma	Ocasional	No	No
Disuria o secreción	Raro	Raro	Común
<u>EXAMEN FÍSICO</u>			
Reflejo cremastérico	Ausente	Presente	Presente
Sensibilidad	Testicular y difuso	Inicial en apéndice luego en testículo	Epidídimo y luego difuso
Eritema escrotal o edema	>12 horas	>12 horas	>12 horas
<u>IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</u>			
US Doppler	Disminución del flujo sanguíneo – nudo en cordón	Flujo sanguíneo normal o aumentado	Flujo sanguíneo normal o aumentado

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La utilización de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia asociadas a las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente se consideran una herramienta fundamental en el marco del Programa de Seguridad del Paciente de la Clínica Colsanitas y deben ser empleadas con el fin de minimizar los riesgos a los que se ve expuesto el paciente durante su proceso de atención.

La presente Guía se asocia con las siguientes Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente:

- Identificación adecuada del paciente.
- Garantiza la atención integral y multidisciplinaria del paciente.
- Gestión de la adecuada comunicación entre el equipo de salud y la familia del paciente.
- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Garantizar la atención segura del niño.

Para ampliar la información ver "[PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE](#)".

EVENTOS ADVERSOS Y SU MANEJO*

TIPO DE EVENTO ADVERSO	ACCIÓN INMEDIATA	SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES INMEDIATAS	RESPONSABLE
Lesión neuro/vascular	Realizar reparo primario intraoperatorio	Registro en historia clínica, reporte a seguridad del paciente y seguimiento al paciente	Cirujano

* Para mayor información ver Guía de reacción inmediata

CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TERAPIAS Y NUTRICIÓN

Aplican los mismos cuidados de enfermería de la población pediátrica que consulta a los servicios de urgencias.

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

Si un paciente ha requerido manejo quirúrgico y hospitalización, podrá ser dado de alta si cumple con los siguientes criterios de egreso:

- Ausencia de sangrado, fiebre y demás signos de infección en el sitio operatorio.
- Estabilidad hemodinámica.
- Tolerancia a la vía oral.
- Los demás criterios que considere el equipo médico tratante, de acuerdo a las características del paciente.

RECOMENDACIONES

- Indicar a los padres o cuidadores las medidas de cuidado del sitio quirúrgico si hubo cirugía.
- Explicar signos de alarma para reconsultar (persistencia o aumento del dolor, vómito, fiebre persistente, signos de deshidratación).

INDICADORES DE ADHERENCIA

Numerador: Número de historias clínicas con registro de la escala de dolor en niños con dolor abdominal y/o escrotal

Denominador: Total de historias clínicas de niños con dolor abdominal y/o escrotal revisadas en el período

COSTOS Y BENEFICIOS DE LA GUÍA

No aplica.

DIAGRAMAS DE FLUJO

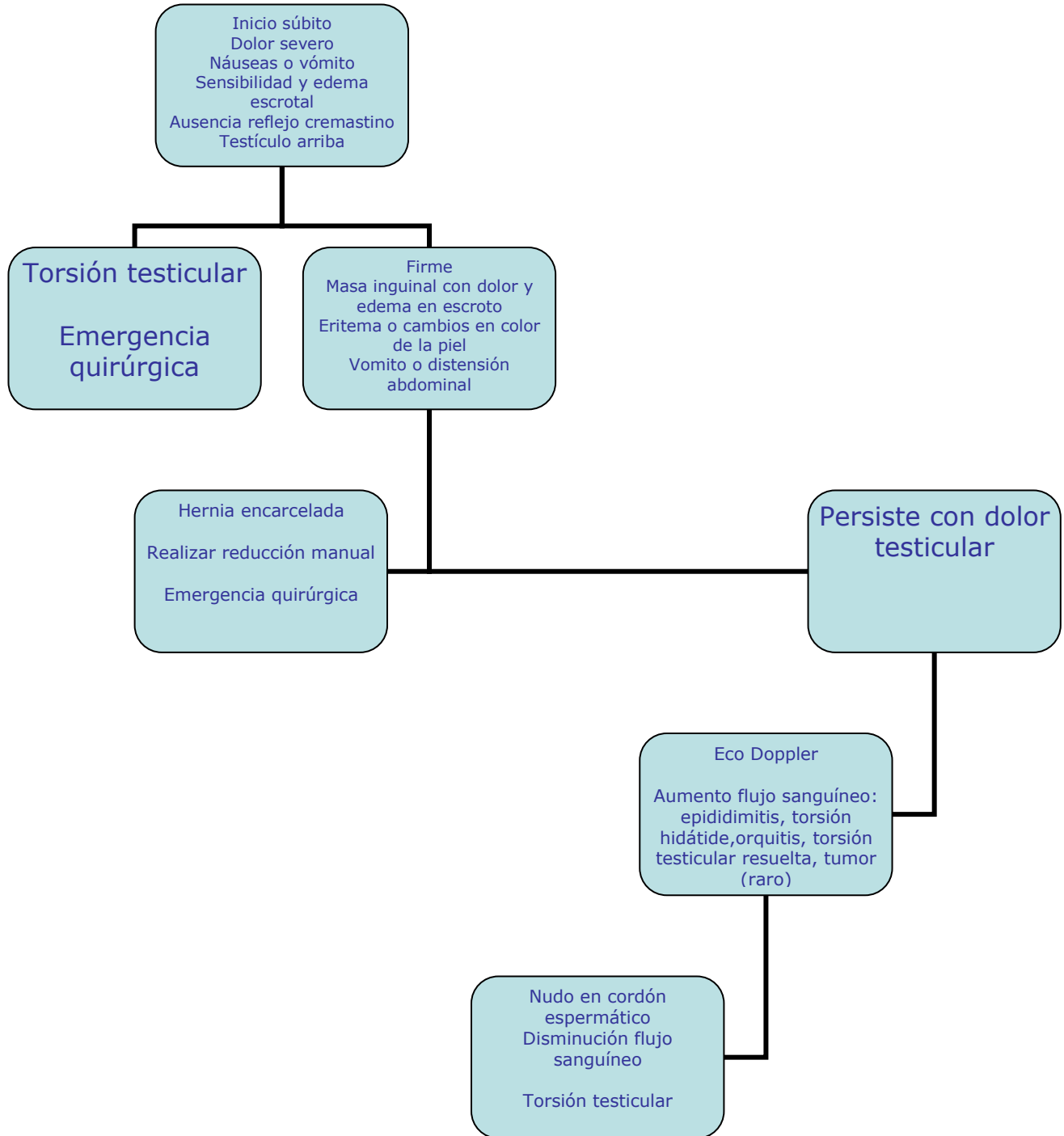
Ver algoritmo.

ANEXOS

No aplica.

GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

Algoritmo diagnóstico de escroto agudo en niños



GUÍA CLÍNICA PEDIATRÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
ESCROTO AGUDO: VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL	V0 – Septiembre 2021

REFERENCIAS

1. Radmayr C, Bogaert G, Dogan HS, Kocvara R, Nijman JM, Stein R, et al. Paediatric urology EAU guidelines. Eur Assoc Urol. 2019;30–8.

ELABORADO POR

Dra. Diana Cristina Anzola
Médica Pediatra
Clínica Pediátrica Colsanitas

Dra. Johana Milena Montoya
Médica Pediatra
Clínica Pediátrica Colsanitas

COLABORADOR

Dr. Humberto Rivera
Coordinador de Urgencias
Clínica Pediátrica Colsanitas

REVISADO POR

Dr. Jairo Enrique Moreno
Jefe Nacional de Pediatría
Director Científico
Clínica Pediátrica

APROBADO POR

Dr. Luis Augusto Cortés
Director Científico
Clínica Reina Sofía

Dr. Germán Rojas Rodríguez
Director Científico
Clínica Universitaria Colombia

Fin del documento