

# PATOLOGÍA NEFRO- UROLÓGICA EN URGENCIAS



Alicia Llombart Vidal (R1)

Sección: Urgencias de Pediatría (Enero-Febrero 2015)

Tutor: Marco Gómez de la Fuente

10 de Febrero de 2015

# Índice

1. Escroto Agudo
  - a. Torsión testicular
  - b. Torsión de hidátide
  - c. Orquiepididimitis
  - d. Otras causas: Traumatismo Urogenital
2. Tumorción Escrotal
3. Inflamación del Prepucio
  - a. Balanopostitits
  - b. Quiste de esmegma
  - c. Parafimosis
4. Traumatismo Renal

# 1. Escroto agudo (EA)

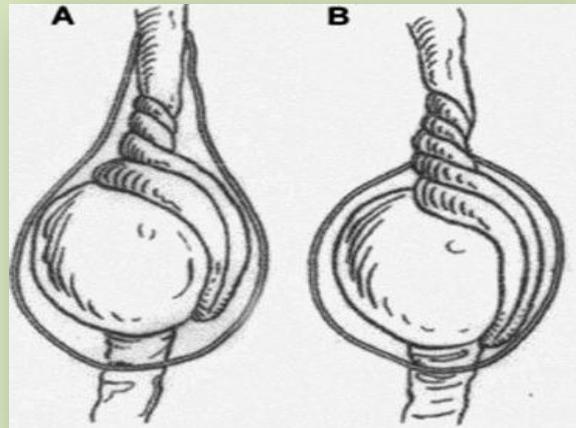
- Cuadro agudo de dolor escrotal o de su contenido  $\pm$  signos inflamatorios
- Uni o bilateral
- Causas frecuentes en niños:
  - Epididimitis/ Orquiepididimitis 35%
  - **Torsión Testicular (TT)** 16%
  - Torsión de hidátide 46%
  - Hernia inguinal incarcerada
  - Traumatismo genital
  - Púrpura de Schönlein-Henoch
  - Enfermedad de Kawasaki
  - Celulitis escrotal
  - Necrosis de tumor

97% de los casos de EA

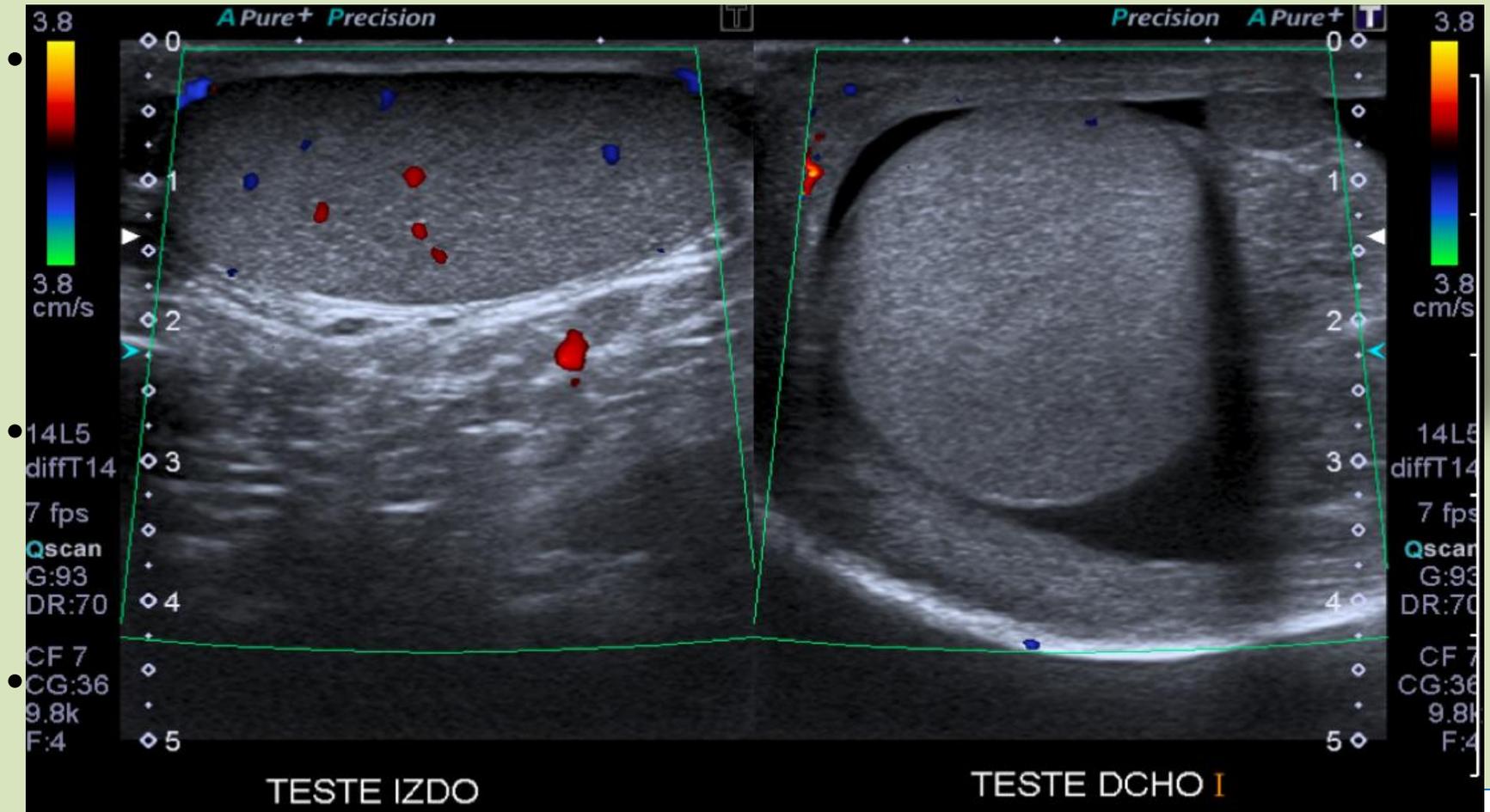


# 1. Escroto agudo: Torsión testicular

- Incidencia: 1/4000 varones <25 años
- Giro completo del testículo sobre su pedículo vascular → Isquemia = dolor → ± infarto del testículo
- Emergencia quirúrgica
- Tipos:
  - Extravaginal (10%): neonatos
  - Intravaginal (90%): niños mayores (>10años) y adolescentes



# 1. Escroto agudo: Torsión testicular



# 1. Escroto agudo: Torsión testicular

- Alto valor predictivo positivo:
  - Dolor intenso <6h + Ausencia de reflejo cremastérico + Dolor difuso testicular
- Tratamiento:
  - Detorsión manual → temporalmente terapéutico
    - 67% rota en dirección medial → detorsión hacia cara lateral
  - Tratamiento quirúrgico → de Elección
    - Si testículo viable → orquidopexia escrotal bilateral
    - Si necrosis testicular → orquiectomía

# 1. Escroto agudo: Torsión hidátide

- Pronóstico:
  - No repercute sobre la función o viabilidad del testículo
  - Resolución espontánea en 2-3 días
- Tratamiento:
  - Reposo
  - Elevación escrotal
  - Analgésicos/ antiinflamatorios (ibuprofeno/metamizol)
  - Si no mejoría o cuadros repetidos → Resección quirúrgica del apéndice

# 1. Escroto Agudo: Epididimitis

- Actitud:
  - Tira reactiva de orina  $\rightarrow \geq$  leucocitos/campo = proceso bacteriano
  - Si leucocituria o nitritos +  $\rightarrow$  Urocultivo
- Tratamiento:
  - Reposo
  - Elevación escrotal
  - Frío local
  - Analgésicos/ antiinflamatorios (ibuprofeno/metamizol)
  - Si leucocituria o nitritos +  $\rightarrow$  Antibioterapia empírica inicial:  
amoxicilina- clavulánico 40mg/kg/día durante 7-10 días

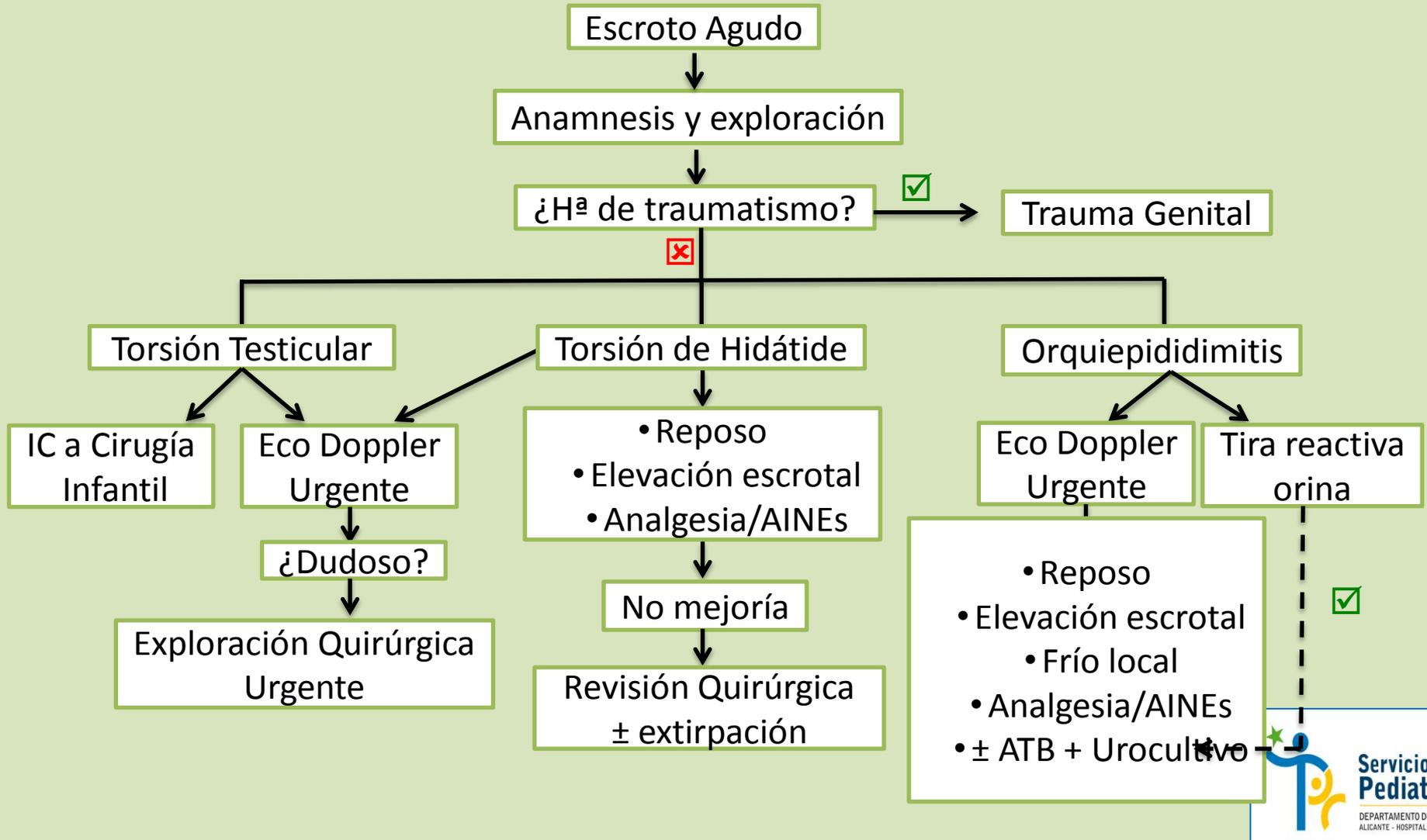
# 1. Escroto Agudo: Otras causas

- Traumatismo genitales externos:
  - Escroto → Hematocele
  - Testículo → Rotura testicular  
→ Luxación del teste
  - Pene → Hematoma  
→ Lesión de la albugínea
  - Vulva → Hematoma
- Traumatismo testicular:
  - Clínica: dolor intenso, náuseas, vómitos (DxD con TT)
  - Pruebas complementarias → Eco doppler
    - Hematocele → ± drenaje
    - Rotura del testículo → escisión tejido desvitalizado  
+ sutura túnica albugínea
    - Luxación testicular → reposición manual +  
exploración quirúrgica

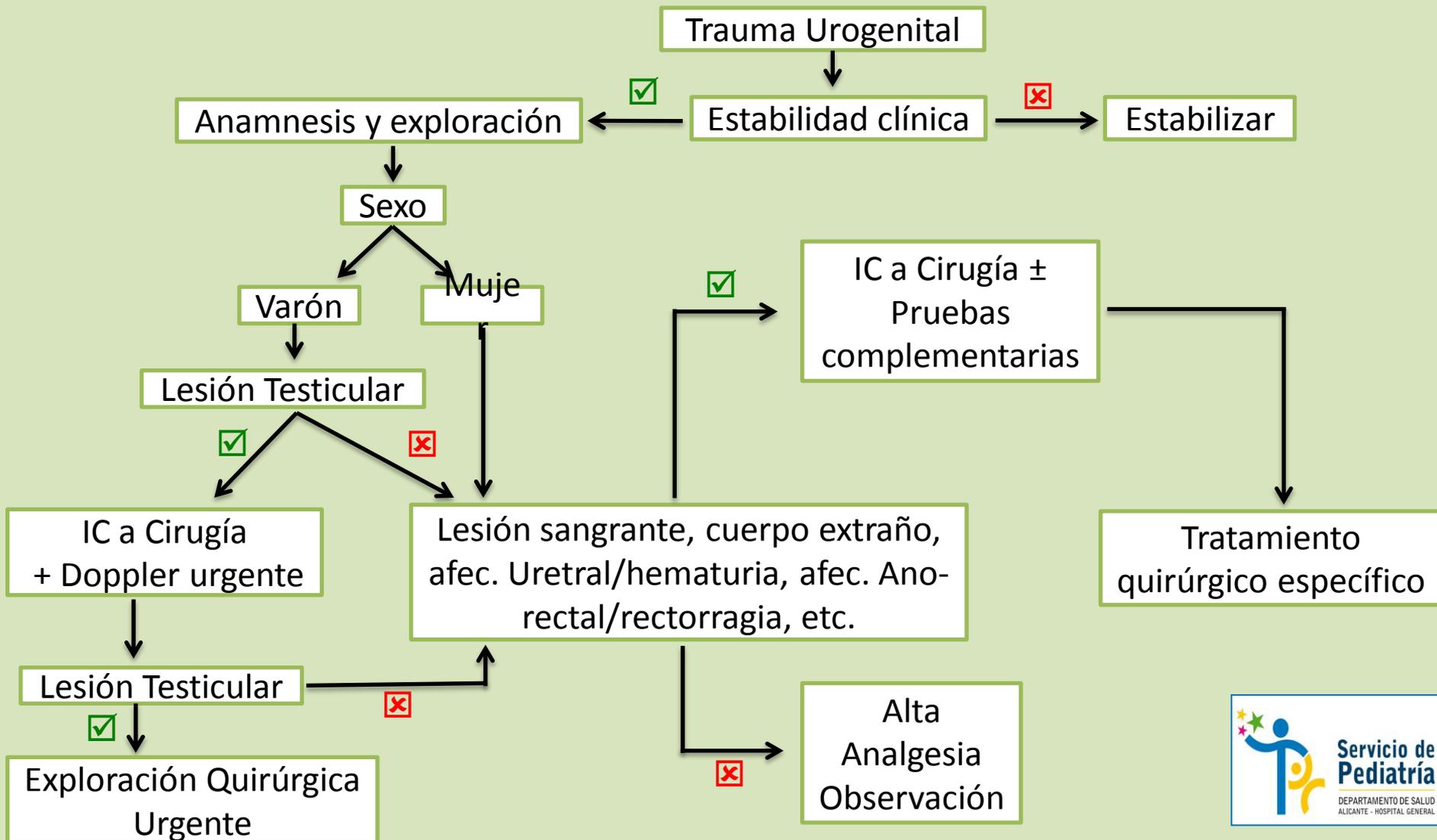
# 1. Escroto Agudo: Diagnóstico diferencial

	Edad	Testículo	Escroto	Dolor	R. Cremast.	Otros	Doppler
Torsión testicular	Pubertad Neonatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascendido</li> <li>• Fijo</li> <li>• Posición anómala</li> <li>• ↑ tamaño</li> <li>• Prehn <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	No Inflamado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En testículo</li> <li>• Intenso</li> <li>• Rápida instauración</li> <li>• ↓ Tiempo</li> <li>• ↑ Si elevación</li> </ul>	Ausente	Náuseas Vómitos	↓ ò ⊖ de flujo
Torsión hidátide	Prepuberal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición y tamaño N</li> </ul>	Normal Punto azulado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En polo superior</li> <li>• Localizado</li> <li>• Leve-moderado</li> </ul>	Presente	-	Flujo N ò ↑
Orqui-epididimitis	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ Tamaño teste/cordón</li> <li>• Prehn <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• ± bilateral</li> </ul>	Inflamado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En epidídimo</li> <li>• Localizado</li> <li>• Inicio y progresión gradual</li> <li>• ↓ Si elevación</li> </ul>	Presente	± Síntomas miccionales ± Fiebre	Flujo N ò ↑

# 1. Escroto Agudo: Actitud

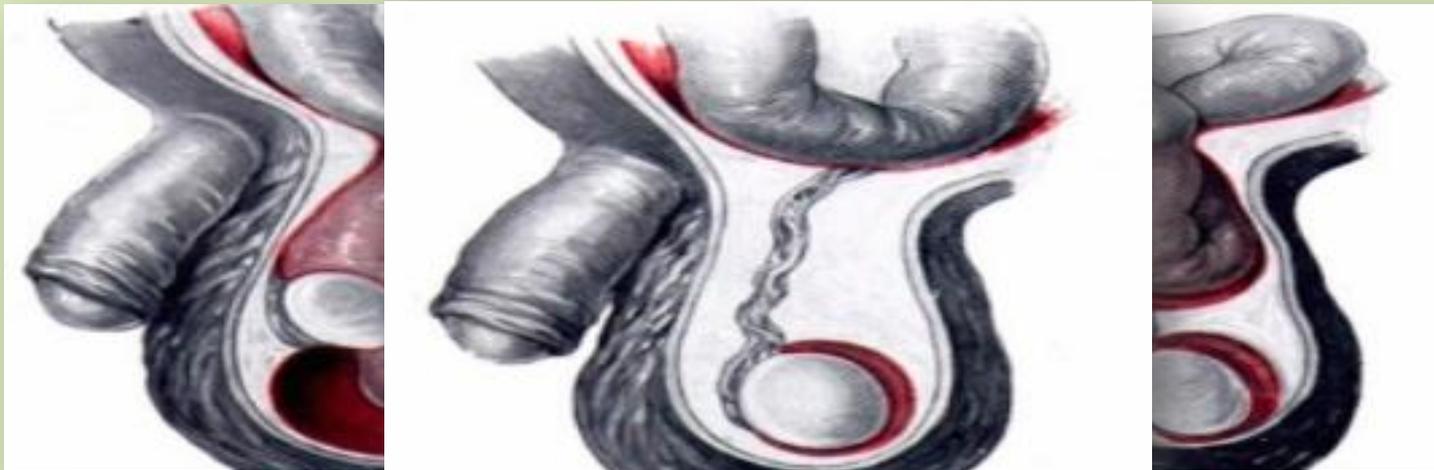


# 1. Escroto Agudo: Traumatismo urogenital



## 2. Tumorcación escrotal

- Hidrocele → paso de líquido de la cavidad abdominal, que se acumula en la túnica vaginal
  - Aumento de tamaño lento, a lo largo del día
  - Transiluminación +
  - Actitud expectante



Hernia escrotal estrangulada

Hernia escrotal

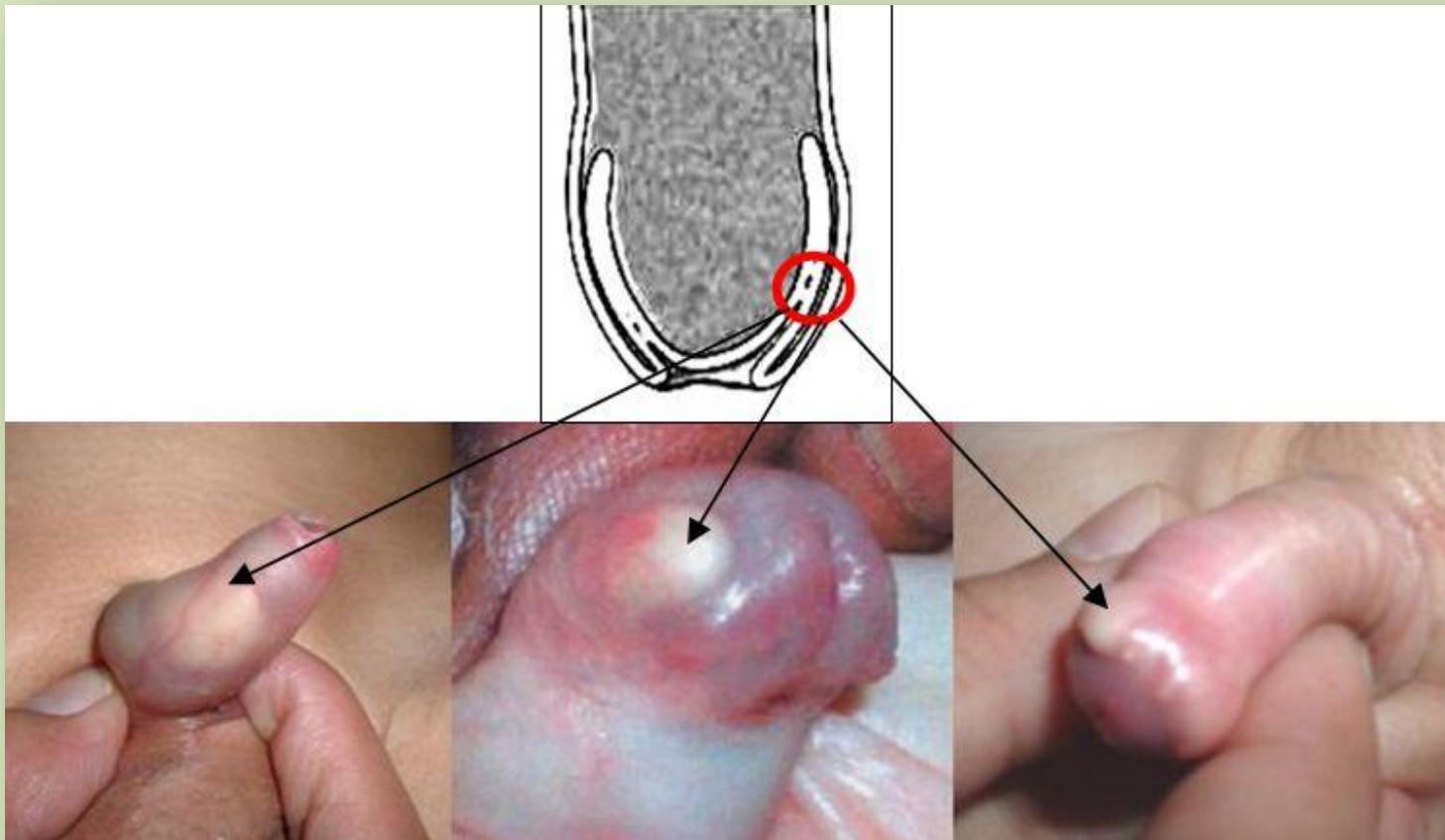
# 3. Inflamación prepucial

- Balanopostitis:

Tratamiento antimicrobiano		
Situación clínica	De elección	Alternativas
Balanitis inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene y lavados con SSF</li> <li>• Corticoide tópico (de media/baja potencia) , una aplicación c/12 horas, durante 5 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoide (de media/baja potencia) más antibiótico tópicos, una aplicación c/12 horas, durante 5 días</li> </ul>
Infecciones específicas	Balanitis por EBHGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina V: 250 mg/12 horas si &lt;12 años y 500 mg/12 horas si ≥12 años, VO, durante 10 días</li> </ul>
	<i>Candida sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina: 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, VO, durante 7-10 días</li> <li>• Si alergia a betalactámicos: eritromicina 40 mg/kg/día, en 3 dosis, VO, durante 7-10 días</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imidazol tópico , durante 5-7 días, hasta 2-3 días sin síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nistatina tópica , durante 5-7 días, hasta 2-3 días sin síntomas</li> </ul>

# 3. Inflamación prepucial

- Quiste de Esmegma



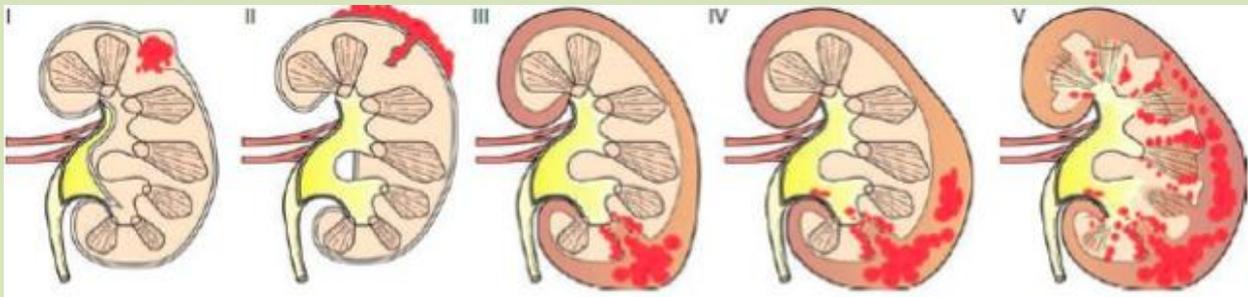
# 3. Inflamación prepucial

- Parafimosis:
  - Reducción quirúrgica
    - Indicada en parafimosis evolucionadas
    - Imposibilidad de reducción manual
    - Incisión longitudinal a nivel dorsal sobre el anillo hasta descubrir el glande completamente con facilidad

# 4. Traumatismo renal

- Clasificación (AAST):

Grado	Hallazgos
I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contusión renal (Hematoma subcapsular)</li><li>• No laceración</li></ul>
II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laceraciones corticales &lt; 1cm (sin afectación medular profunda ni del sistema colector)</li><li>• Hematoma perirrenal delimitado</li></ul>
III	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laceraciones corticales &gt;1 cm sin afectación del sistema colector</li></ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laceración renal con extravasación urinaria</li><li>• Afectación arterial o venoso con hematoma contenido</li></ul>
V	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avulsión pedicular</li><li>• Estallido renal</li></ul>



# 4. Traumatismo renal

- Pruebas radiológicas:
  - Ecografía → información sobre integridad del parénquima renal y sobre colecciones perirrenales
  - Urografía Intravenosa (UIV) → información sobre parénquima renal y sistema urinario
    - UIV intraoperatoria → en pacientes Inestables
  - TAC → Gold Standard en pacientes estables
    - Más precisión que Eco y UIV para lesiones parenquimatosas y pedículo renal
    - Información vísceras abdominales y estructuras retroperitoneales
  - RM → más exacta que el TAC
    - Cuando no hay TAC
    - Alergia a contrastes yodados

# 4. Traumatismo renal

- Tratamiento:
  - Conservador:
    - Pacientes hemodinámicamente estables +:
      - Traumatismos cerrados grado I, II, III, IV
      - Traumatismos penetrantes grado I, II, III
  - Quirúrgico:
    - Pacientes hemodinámicamente inestables
    - Lesión grado V
    - Control de la hemorragia ± reconstrucción renal

# 4. Traumatismo renal: Actitud

