

[Urgencias Nefro-Urológicas]



[Módulo Urgencias Pediátricas]

Autores:

Alicia Llombart Vidal y Marco Gómez de la Fuente

Fecha de elaboración: Abril 2015.

Fecha de consenso e implementación: Mayo 2015.

Fecha prevista de revisión: 2018.

Nivel de aplicación: R1

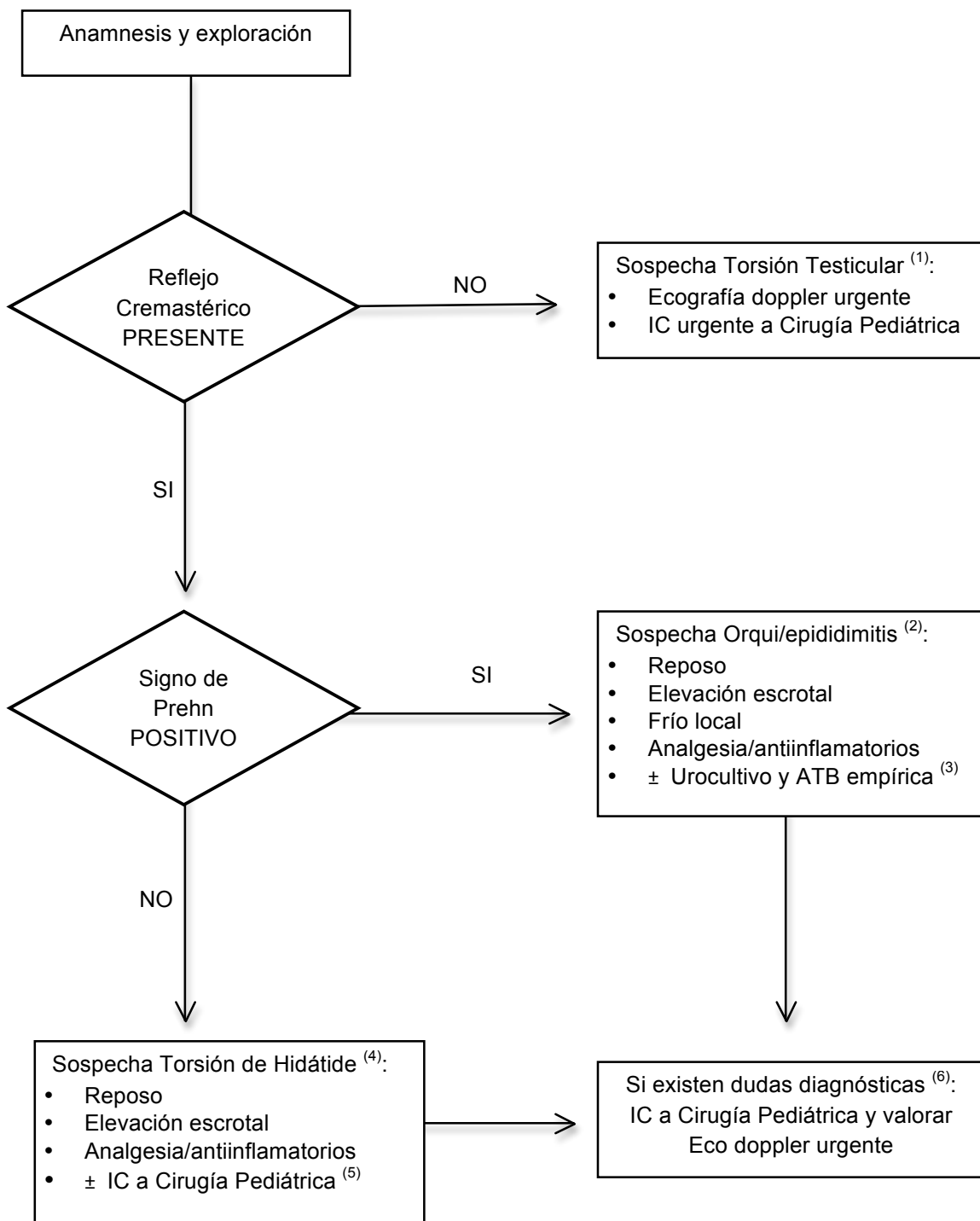


El dolor escrotal agudo es el motivo más frecuente de consulta dentro de las urgencias nefro-urológicas. Todo dolor escrotal agudo debe ser considerado, en primer lugar, como posible torsión testicular, ya que su diagnóstico va a requerir un tratamiento quirúrgico urgente.

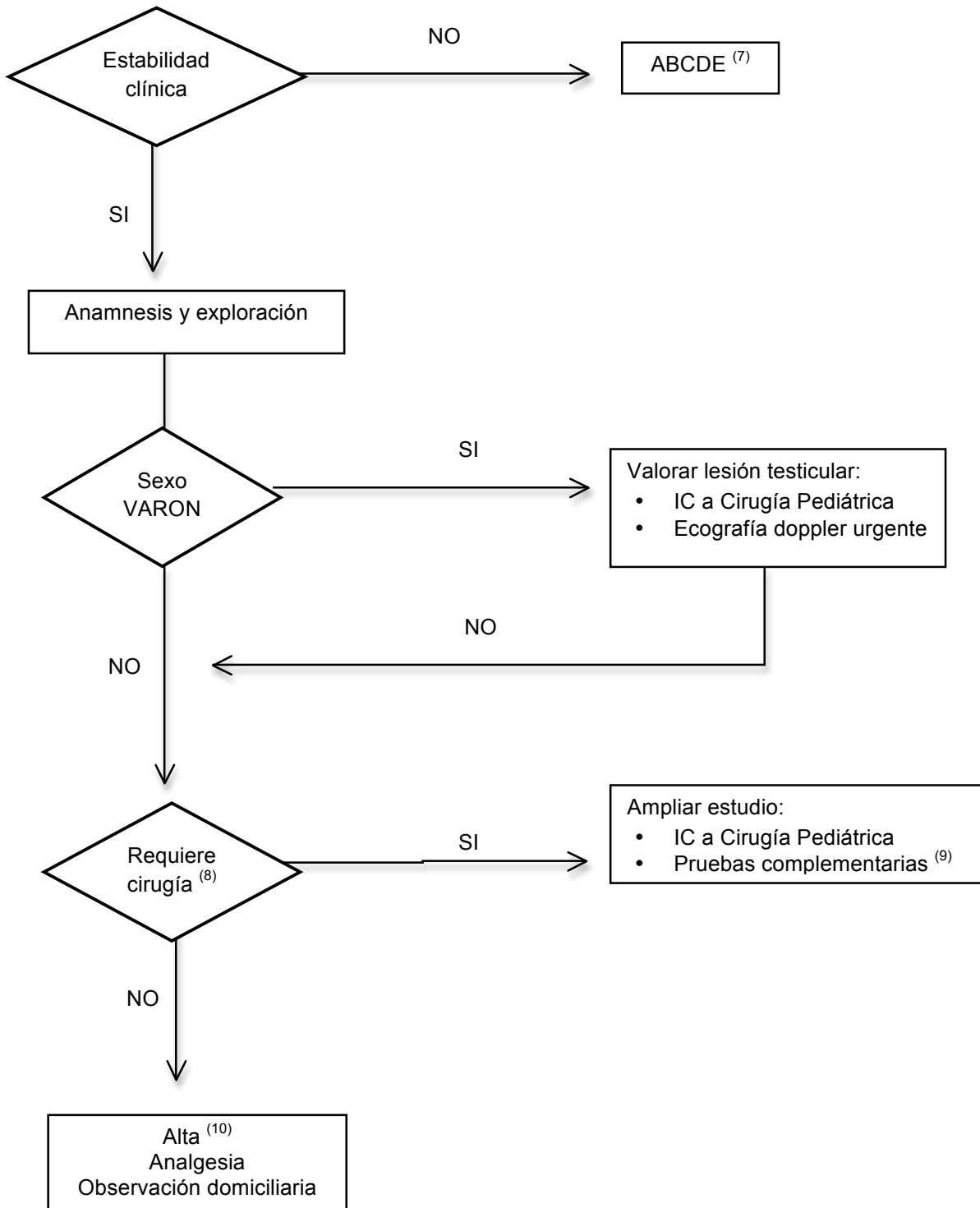
Existen algunos signos y síntomas que nos pueden orientar hacia una de las 3 principales etiologías de dolor escrotal agudo (torsión testicular, torsión de hidátide o orqui/epididimitis). No obstante, en la siguiente página proponemos un algoritmo diagnóstico-terapéutico para facilitar el manejo de estos pacientes.

En cuanto al traumatismo urogenital y al traumatismo renal, son patologías algo menos frecuentes pero no por eso menos banales. Su sospecha va a requerir un manejo específico que se resume en las siguientes páginas.

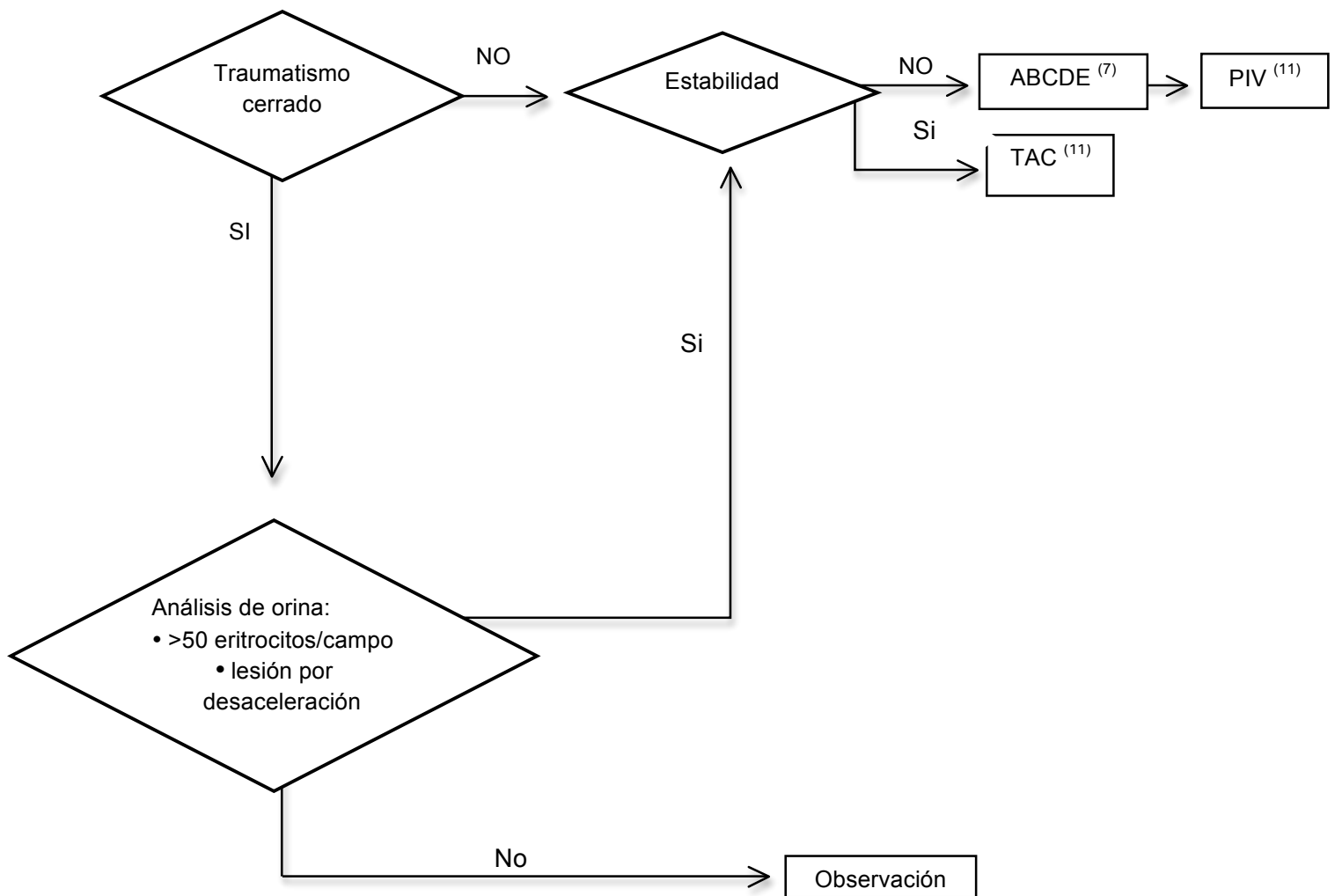
DOLOR ESCROTAL AGUDO



TRAUMATISMO UROGENITAL



TRAUMATISMO RENAL



- (1) La ausencia de reflejo cremastérico no es diagnóstica de torsión testicular, aunque en un contexto de dolor escrotal agudo es muy significativa. Para confirmar el diagnóstico necesitaremos realizar una ecografía doppler que verifique la disminución o ausencia del flujo en el testículo afectado. No obstante, la presencia de flujo en la ecografía no descartaría del todo una torsión testicular puesto que existen situaciones especiales en las que se podría dar (fases iniciales de una torsión testicular, torsiones intermitentes). Por todo ello, ante la sospecha de torsión testicular siempre deberemos avisar a Cirugía Pediátrica para que valore al paciente.
- (2) La orqui/epididimitis puede ir acompañada o no de síntomas miccionales o de signos inflamatorios. Su ausencia por tanto, no descarta el diagnóstico.
- (3) Ante la sospecha de una orqui/epididimitis, se debe realizar siempre una tira reactiva de orina y en caso de confirmar infección se debe enviar un urocultivo y pautar tratamiento antibiótico empírico (Amoxicilina-Clavulánico a 40mg/kg/día) a la espera del resultado final del urocultivo. Si tal infección no existe, no sería necesario el tratamiento con antibióticos.
- (4) La torsión de hidátide puede ir acompañada o no de signos inflamatorios o de un nódulo/punto azulado, de modo que su ausencia no descarta el diagnóstico.
- (5) Un paciente con diagnóstico de torsión de hidátide que no mejora con las medidas iniciales podría ser candidato para extirpación del apéndice. En estos casos, el paciente debe ser evaluado por Cirugía Pediátrica.
- (6) El diagnóstico etiológico del dolor escrotal agudo va a ser en ocasiones difícil de establecer puesto que algunos síntomas y/o signos pueden entremezclarse, por lo que ante la duda se recomienda una valoración conjunta con Cirugía Pediátrica. La ecografía doppler podría estar indicada para ayudar a establecer el diagnóstico etiológico final.
- (7) A: control de la vía Aérea y estabilización de la columna cervical. B: evaluar calidad y cantidad de la respiración. Proporcionar oxígeno. C: evaluación del sistema circulatorio, identificación y control de hemorragias externas. D: estado neurológico. E: Quitar la ropa al paciente para detectar todas las lesiones con la precaución de volver a cubrir al paciente lo antes posible para evitar hipotermia.
- (8) Las lesiones genitales que requieren valoración por el cirujano serían las siguientes: lesiones incisivas o sangrantes, desgarros, hematomas profundos, presencia de cuerpo extraño, afectación uretral/hematuria, afectación ano-rectal/rectorragia, dolor abdominal asociado con sospecha de lesión de vísceras pélvicas/abdominales, fractura de huesos pélvicos.
- (9) Las pruebas complementarias pueden ser necesarias para determinar el alcance de las lesiones. Si se sospecha de lesión pélvica o intra-abdominal asociada, se valorará realizar radiografía, ecografía, TC, laparotomía exploradora. Si se sospecha de lesión de genitales internos, ecografía y TC. Para descartar lesión del tracto urinario podemos recurrir a la ecografía y la uretrografía. Por último, si se sospecha lesión ano-rectal se deberá realizar rectoscopia, colonoscopia y/o TC.
- (10) El paciente podrá ser dado de alta, siempre y cuando no se sospeche abuso sexual. De lo contrario, deberá ser ingresado para protegerlo.
- (11) La pielografía intravenosa (PIV) está indicada en aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica. Aportará información sobre el parénquima renal y el sistema urinario. La técnica de elección en todos los demás pacientes será la TAC, ya que muestra una imágenes más precisas y además muestra información sobre vísceras abdominales y retroperitoneales. Por esto mismo, ante la imposibilidad de realizar un PIV, se podría valorar la realización de la TAC. Ambas pruebas de imagen van a establecer el grado de lesión renal que existe, según el cual se establecerá uno u otro tratamiento. (Anexo 2 y 3)

Anexo 1.

	Edad	Testículo	Escroto	Dolor	Reflejo Cremastérico	Eco Doppler	Otros
Torsión testicular	Pubertad Neonatos	<ul style="list-style-type: none"> • Ascendido • Fijo • Posición anómala • ↑ tamaño • Prehn negativo 	Normal o inflamado	<ul style="list-style-type: none"> • En testículo • Intenso • Rápida instauración • ↓ con el tiempo • ↑ Si elevación 	Ausente	Disminución o ausencia de flujo	Náuseas Vómitos
Torsión hidátide	Pre-pubertad	Posición y tamaño normales	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Punto azulado 	<ul style="list-style-type: none"> • En polo superior • Localizado • Leve-moderado 	Presente	Flujo normal o aumentado	-
Orqui-epididimitis	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ tamaño teste o cordón • Prehn positivo • ± bilateral 	Inflamado	<ul style="list-style-type: none"> • En epidídimo • Localizado • Inicio y progresión gradual • ↓ Si elevación 	Presente	Flujo normal o aumentado	± Síntomas miccionales y/o fiebre

Anexo 2.

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

Anexo 3.

Tratamiento según grado de lesión renal	
Conservador (*)	Pacientes hemodinámicamente estables y: <ul style="list-style-type: none">• Traumatismos cerrados grados I, II, III, IV• Traumatismos penetrantes grados I, II, III
Quirúrgico	Pacientes hemodinámicamente inestables Traumatismo grado V

(*) Tratamiento conservador: reposo en cama, hidratación, antibioterapia preventiva y control de constantes vitales hasta desaparecer hematuria.

Bibliografía

1. N. Djakovic, E. Plas, L. Martínez-Piñero, Th. Lynch, Y. Mor, R.A. Santucci, E. Serafetinidis, L.N. Turkeri, M. Hohenfellner. European Association of Urology 2010. *Guía clínica sobre los traumatismos urológicos*.
2. S. Tekgül, H. Riedmiller, E. Gerharz, P. Hoebeke, R. Kocvara, R. Nijman, Chr. Radmayr, R. Stein. European Society for Paediatric Urology. 2010. *Guía clínica sobre urología pediátrica*.
3. http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/escroto_agudo.pdf
4. S. Garcia, M. Rubio. *Decisiones en urgencias pediátricas*.