

El examen físico es útil para diferenciar entre la epididimitis, la torsión testicular y la de la hidátide de Morgagni en niños

A retrospective review of pediatric patient with epididymitis, testicular torsion and torsion of testicular appendages.

Kadish H, Bolte R. Pediatrics 1998;102:73-76.

Objetivo

Comparar los hallazgos del interrogatorio, el examen físico y la ecografía doppler testicular en pacientes pediátricos con epididimitis (EPD), torsión testicular (TT) y torsión de hidátide de Morgagni (THM).

Diseño

Estudio retrospectivo.

Lugar

Departamento de emergencias del Primary Children's Medical Center. Utah. EE.UU.

Pacientes

Se incluyeron 90 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de EPD, TT y THM realizado por un pediatra emergentólogo o un urólogo. Los pacientes con el antecedente de una cirugía urológica reciente o con dolor testicular sin causa aclarada fueron excluidos.

Medición de resultados

Se revisaron las historias clínicas para obtener datos acerca de la edad, la duración del dolor previamente a la consulta, la presencia de fiebre, náuseas, vómitos, disuria, datos de la actividad sexual, antecedentes de traumatismos y signos del examen físico (tabla 1). Los datos no documentados en la historia clínica fueron interpretados como ausentes. La ecografía doppler fue realizada según el criterio de los médicos intervinientes (emergentólogo o urólogo).

Resultados Principales

Se incluyeron 64 pacientes con EPD, 13 con TT y 13 con THM. Los pacientes con TT (9/13) o con THM (8/13) tuvieron una duración más

corta de los síntomas (menos de 12 horas) antes de la consulta comparados con los que tuvieron EPD (20/64). No hubo diferencias entre los grupos en el resto de los datos del interrogatorio.

Tabla 1: datos del examen físico.

Examen físico	Epididimitis n=64	Torsión testicular n=13	Torsión de la hidátide de morgagni n=13
Temperatura mayor a 38,1°C	7	1	0
Posición testicular normal *	64	7	13
Epididimo doloroso *	62	3	0
Reflejo cremasteriano ausente * ^a	9	13	0
Dolor testicular * ^a	44	13	4
Edema o eritema escrotal	43	5	1
Signo del punto azul	0	0	3
Dolor localizado en el polo superior de testículo ^a	0	0	13

* Estadísticamente significativo cuando se comparó EPD con TT.

^a Estadísticamente significativo cuando se comparó THM con TT.

Conclusiones

El examen físico fue útil para distinguir entre EPD, TT y TH. Los pacientes con dolor testicular y ausencia del reflejo cremasteriano tenían más probablemente TT que EPD o TH. La ausencia del reflejo cremasteriano fue el hallazgo más sensible para el diagnóstico de TT.

Fuente de financiamiento: No referida.

COMENTARIO

El dolor escrotal es el principal síntoma de la TT¹⁻³. El tratamiento es quirúrgico y debe ser rápido porque la espermatogonia muere dentro de las 6 a 24 Hs. de iniciada la sintomatología¹. La TT se debe a una fijación anormal de la túnica vaginal que permite al testículo una rotación axial². Los diagnósticos diferenciales de tumefacción dolorosa incluyen TT, THM, EPD, orquitis, traumatismo con hematocel, hernia encarcelada y linfadenitis inguinal¹.

En este estudio retrospectivo no se pueden evaluar las prevalencias de las distintas causas de escroto agudo. La literatura describe a la TT como la causa más frecuente en prepúberes². El inicio agudo de dolor testicular debería hacernos pensar en una TT y consultar al cirujano³. También existe acuerdo sobre la necesidad de estudiar a los menores de dos años para descartar malformaciones urogenitales (dato no considerado en este trabajo)¹⁻³.

En cuanto al examen físico, la ausencia del reflejo cremasteriano y el dolor testicular fueron útiles para diferenciar los casos de TT. La conservación del reflejo cremasteriano y la ausencia de dolor testicular, prácticamente descartan la presencia de torsión testicular. La posición anormal del testículo (perpendicular y elevado dentro

del escroto) cuando el edema y el niño permiten palparlo es un signo clásico de la TT (altamente específico), sin embargo, solo siete de los 13 pacientes con dicho diagnóstico lo presentaron (sensibilidad=54%)¹⁻³.

El signo del punto azul (dilatación de una vena visible), aunque poco frecuente, es patognomónico (altamente específico) de THM. Si el estudio hubiera incluido un mayor número de pacientes en los grupos de TT y TH, probablemente hubiera hallado diferencias estadísticamente significativas respecto de esta variable. El dolor localizado en el polo superior del testículo, presente en todos los casos de THM y en ninguno de los TT y EPD parecería un signo muy orientador pero, en realidad, es difícil hallarlo con tanta claridad en los niños cuando hay edema y dolor escrotal¹⁻³.

En cuanto a los exámenes complementarios como la ecografía doppler o la centellografía con tecnecio, podrían ayudar en los casos dudosos, pero no justifican la demora de la cirugía¹⁻³. Este pobre estudio no es útil para valorar a la ecografía como test diagnóstico en estos pacientes, ya que se utilizó selectivamente en algunos pacientes según criterio médico en lugar de hacerlo sistemáticamente en todos ellos.

*Ver Glosario

Dr. Juan Pablo Mouesca

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Referencias

- Hernia inguinal y escroto agudo en lactantes y niños. Nakayama D, Rowe M. Pediatrics in Review. 1990 Mayo 3; 11: 87-93.
- Gonzalez R. Enfermedades y anomalías del contenido escrotal. En: Behrman R, Kliegman R, Nelson W, Vaughan V III. Nelson Tratado de Pediatría. 14 edición. Pags. 1673-75. Interamericana, Mc Graw-Hill
- Barkin R, Rosen P. Capítulo 74: Enfermedades Genitourinarias. En: Urgencias en Pediatría. Guía para el Tratamiento Ambulatorio. 4 edición. Pags. 557-60. Mosby/Doyma.